



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**A POLIMEDICAÇÃO EM PACIENTES GERIÁTRICOS NA
CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA DA CLÍNICA
UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Maria Soares Bueno
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

junho de 2016



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A POLIMEDICAÇÃO EM PACIENTES GERIÁTRICOS NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA DA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ

Trabalho submetido por
Maria Soares Bueno
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professor Doutor José Martins dos Santos

e coorientado por
Prof. Doutor Vítor Tavares

junho de 2016

Os Dez Anõezinhos da Tia Verde-Água

Era uma mulher casada, mas que se dava muito mal com o marido, porque não trabalhava nem tinha ordem no governo da casa; começava uma coisa e logo passava para outra, tudo ficava em meio, de sorte que quando o marido vinha para casa nem tinha o jantar feito, e à noite nem água para os pés nem a cama arranjada. As coisas foram assim, até que o homem lhe pôs as mãos e ia-a tosando, e ela a passar muito má vida. A mulher andava triste (...) e tinha uma vizinha a quem se foi queixar, a qual era velha e se dizia que as fadas a ajudavam. Chamavam-lhe a Tia Verde-Água:

– Ai, Tia! Vocemecê é que me podia valer nesta aflição.

– Pois sim, filha; eu tenho dez anõezinhos muito arranjadores, e mando-tos para tua casa para te ajudarem.

E a velha começou a explicar-lhe o que devia fazer (...) que quando pela manhã se levantasse fizesse logo a cama, em seguida acendesse o lume, depois enchesse o cântaro de água, varresse a casa, aponteasse a roupa, e no intervalo em que cozinhasse o jantar fosse dobando as suas meadas, até o marido chegar. (...) A mulher assim o fez, e se bem o fez melhor lhe saiu. Logo à boca da noite foi a casa da Tia Verde-Água agradecer-lhe o ter-lhe mandado os dez anõezinhos, que ela não viu nem sentiu, mas porque o trabalho correu-lhe como por encanto. (...)

– Aí, minha Tia, os seus dez anõezinhos fizeram-me um serviço; trago agora tudo arranjado, e o meu homem anda muito meu amigo. (...)

– (...) pois tu ainda não viste os dez anõezinhos?

– Ainda não; o que eu queria era vê-los.

– Não sejas tola; se tu queres vê-los olha para as tuas mãos, e os teus dedos é que são os dez anõezinhos.

A mulher compreendeu a causa, e foi para casa satisfeita consigo por saber como é que se faz luzir o trabalho.

- Teófilo Braga

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor José Martins dos Santos, não só por me ter orientado neste trabalho, mas sobretudo pela disponibilidade, entusiasmo e dedicação com que orienta sempre todos os seus alunos.

Ao meu coorientador, Prof. Doutor Vítor Tavares, pelo apoio constante, pelo entusiasmo e carinho com que abraçou este projeto e também por todos os ensinamentos transmitidos durante o curso.

Ao Prof. Doutor Luís Proença, pelo tratamento estatístico dos dados do estudo.

À Helena que tão carinhosamente se prontificou a corrigir o meu português e a pôr um bocadinho do português dela.

À Direção Clínica da Clínica Universitária Egas Moniz, por fornecer os recursos necessários à realização deste estudo.

À Clínica Universitária Egas Moniz, às senhoras da farmácia, da receção e a todos os funcionários que fazem com que o nosso dia-a-dia seja mais fácil.

A todos os professores pelo que me ensinaram.

À Praxe da Egas Moniz e a todos os amigos com “A” grande! Em especial, à Marta e à Lúcia por toda a amizade, carinho e por todos os momentos que passámos juntas! À Maria, pela aventura que foi aprender e trabalhar a dois, pela ajuda e amizade. À Carina, Jéssica, *Guida*, Alexandra, Madalena, Laura, Luísa, Margarida, obrigada!

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, que nestes últimos anos foi a minha segunda casa e que me proporcionou momentos que não esquecerei.

À minha família, que é a melhor do mundo! À *titia* e à *abuela* Amparo, que são a prova que os idosos interessam (e muito!). À *titia* por ser como uma terceira avó e à minha avó por me ter dado uma família tão grande e tão bonita. À avó *Nela*, avô Fernando, *abuelo* Alejo, *titio*, tio *Jó*, tio *Zé* e tia Paula que apesar de já não estarem continuam sempre presentes.

Ao André, por todo o amor e carinho e por ser a minha melhor companhia, que continues sempre ao meu lado!!

E sobretudo, aos meus Pais, que sem eles não existia eu, por serem os meus melhores exemplos e por tudo!

Resumo

Objetivos: atualmente sabe-se que a população está cada vez mais envelhecida e que indivíduos com 65 anos ou mais representam uma parte crescente da população mundial. Neste sentido, o presente estudo teve como propósito caracterizar os pacientes geriátricos (≥ 65 anos) polimedicados (toma de ≥ 5 medicamentos há ≥ 3 meses) que frequentam as consultas de medicina dentária da *Clínica Universitária Egas Moniz*, tendo em consideração as doenças e a medicação subjacentes.

Materiais e métodos: estudo descritivo, realizado numa amostra de 60 indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos, que compareceram à consulta de medicina dentária na *Clínica Universitária Egas Moniz*, entre 15 de fevereiro e 15 de março de 2016, através da aplicação de um questionário. A amostra representa 25,4% da população em estudo.

Resultados: a maioria dos participantes no estudo eram do género feminino (62%); a média das idades dos participantes foi $75 \pm 5,9$, em média, tomavam 7 ± 2 medicamentos e, em média, tinham $6,2 \pm 2$ doenças. O grupo terapêutico mais utilizado foram os anti-hipertensores, em concordância com a doença mais frequente, a hipertensão arterial. As mulheres sofrem, em média, de mais doenças do que os homens ($p=0,035$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número médio de medicamentos tomados e o género, a faixa etária, o estado civil, a escolaridade e o agregado familiar. Entre o agregado familiar e a toma de psicofármacos também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$).

Conclusões: O consumo crónico de medicamentos em pacientes geriátricos tem uma magnitude muito considerável. A polimedicação é um problema frequente e grave e a monitorização da utilização de medicamentos pelo idoso é de extrema importância.

Palavras-Chave: idoso, paciente geriátrico, odontogeriatría, polimedicação, comorbilidade

Abstract

Aim: nowadays it is known that the population is increasingly aging, and individuals aged 65 years old or more represent a growing share of the world's population. Therefore, the present study had the purpose to characterize the polymedicated (intake of ≥ 5 different medicines for ≥ 3 months) geriatric patients (≥ 65 years old) who attend the dentistry appointments at Egas Moniz University Clinic, taking into consideration the underlying diseases and medication.

Materials and Methods: descriptive study, performed on a sample of 60 individuals aged between 65 and 90 years old, who attended the dentistry appointments at Egas Moniz University Clinic, from February 15 to March 15, 2016, by applying a questionnaire. The sample represents 25,4% of the study population.

Results: Most of the study participants were women (62%); the participants average age was $75 \pm 5,9$, the average intake of medicines was 7 ± 2 and each elder had an average $6,2 \pm 2$ diseases. The most widely used therapeutic group were antihypertensives, according to the most frequent disease, arterial hypertension. On average women experience more diseases than men ($p=0.035$). No significant statistical differences were found between the average intake of medicines and gender, age group, marital status, schooling and household. No further significant statistical differences were found between the household and the use of psychopharmacotherapy ($p \leq 0,05$).

Conclusions: The chronic use of medicines by geriatric patients has a very considerable magnitude. Polypharmacy represents a common and serious problem, thereby monitoring the use of medicines by the elder is of utmost importance.

Keywords: elderly, geriatric patient, geriatric dentistry, comorbidity, polypharmacy

Índice Geral

I – INTRODUÇÃO	15
1. Enquadramento teórico.....	15
1.1. Envelhecimento	16
1.2. Patologias do idoso, co-morbilidades e síndromes geriátricas.....	17
1.3. Polimedicação no paciente geriátrico.....	18
1.4. Impacto na saúde oral.....	19
2. Metodologia da pesquisa bibliográfica.....	21
3. Hipótese e objetivos	21
II – MATERIAIS E MÉTODOS	23
1. Considerações éticas.....	23
2. Caracterização do estudo	23
2.1. Seleção da amostra	23
2.2. Método de recolha de dados	24
2.3. Tratamento e análise de dados.....	25
III – RESULTADOS	27
1. Caracterização da amostra.....	27
1.1. Género	27
1.2. Idade	27
1.3. Faixa etária	28
1.4. Índice de massa corporal (IMC)	28
1.5. Escolaridade	29
1.6. Profissão	29
1.7. Estado civil	30
1.8. Agregado familiar.....	30
1.9. Autoperceção do estado de saúde.....	31
2. Doenças presentes nos participantes do estudo	31
3. Medicação.....	34
4. Análise estatística inferencial (comparativa).....	37
IV – DISCUSSÃO.....	43
V – CONCLUSÕES	51
VI – BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXOS	

Índice de Figuras

Figura 1: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por gênero	27
Figura 2: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por faixas etárias	28
Figura 3: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por IMC, segundo a classificação do IMC pela OMS	28
Figura 4: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por escolaridade	29
Figura 5: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por profissão ...	29
Figura 6: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por estado civil	30
Figura 7: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por agregado familiar.....	30
Figura 8: Gráfico de frequências relativas da autopercepção do estado da saúde dos participantes no estudo	31

Índice de Tabelas

Tabela 1: Classificação segundo a Organização Mundial de Saúde a partir do IMC ...	13
Tabela 2: Alterações fisiológicas que surgem com o envelhecimento com impacto na terapia farmacológica segundo Veríssimo (2014, p.120)	17
Tabela 3: Análise descritiva do género dos participantes no estudo	27
Tabela 4: Análise descritiva da idade dos participantes no estudo	27
Tabela 5: Análise descritiva do número de medicamentos tomados pelos participantes no estudo.....	31
Tabela 6: Análise descritiva das doenças presentes nos participantes do estudo	33
Tabela 7: Análise descritiva do número de medicamentos tomados pelos participantes no estudo.....	34
Tabela 8: Análise descritiva dos medicamentos tomados por grupo farmacológico	34
Tabela 9: Análise descritiva dos medicamentos tomados pelos participantes no estudo por princípio ativo	37
Tabela 10: Análise estatística inferencial (comparativa) entre a média de idades e o género dos participantes no estudo	38
Tabela 11: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de doenças presentes nos participantes do estudo e o género	38
Tabela 12: Análise estatística inferencial (comparativa) entre a obesidade e o agregado familiar dos participantes no estudo	39
Tabela 13: Análise estatística inferencial (comparativa) entre a obesidade e a escolaridade dos participantes no estudo.....	39
Tabela 14: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de medicamentos tomados e o género dos participantes no estudo	40
Tabela 15: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de medicamentos tomados pelos participantes no estudo e a escolaridade.....	40
Tabela 16: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de medicamentos tomados pelos participantes no estudo e a faixa etária.....	40
Tabela 17: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de medicamentos tomados pelos participantes no estudo e o estado civil	41
Tabela 18: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de medicamentos tomados pelos participantes no estudo e o agregado familiar	41

Tabela 19: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o agregado familiar e a toma de psicofármacos pelos participantes no estudo	41
--	----

Lista de Abreviaturas

IMC Índice de Massa Corporal

OMS Organização Mundial de Saúde

Glossário

Idoso – indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos (Organização Mundial de Saúde, 2015; Orimo et al., 2006).

Índice de massa corporal (IMC) – o IMC é um índice que foi adotado para classificar a obesidade e obtém-se dividindo o peso, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros (kg/m^2). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define excesso de peso quando o IMC é igual ou superior a 25 e a obesidade quando o IMC é igual ou superior a 30 (ver tabela 1). (Direção Geral de Saúde, 2005)

Tabela 1: Classificação segundo a Organização Mundial de Saúde a partir do IMC

Classificação	IMC (kg/m^2)
Baixo peso	$< 18,5$
Intervalo normal	$18,5 - 24,9$
Excesso de peso	$\geq 25,0$
Pré-obesidade	$25,0 - 29,9$
Obesidade	≥ 30
Obesidade de grau I	$30,0 - 34,9$
Obesidade de grau II	$35,0 - 39,9$
Obesidade de grau III	≥ 40

(Adaptado de OMS, 2016 em http://www.who.int/features/factfiles/obesity/ff1_obesity_es.jpg, acessado a 19 de abril de 2016)

Polimedicação – uso concomitante de 5 ou mais medicamentos há mais de 3 meses, ou a administração excessiva de medicamentos não necessários (Galato, da Silva, & Tiburcio, 2010; Scott et al., 2015; Veehof, Stewart, Haaijer-Ruskamp, & Jong, 2000; Walckiers, Van der Heyden, & Tafforeau, 2015).

I – INTRODUÇÃO

O estudo realizado, sobre a polimedicação e as doenças relacionadas com a medicação tomada, teve por base a realidade envolvente, caracterizada pelo envelhecimento demográfico, o aumento da esperança média de vida, o número de patologias relacionadas com a idade, e consequente uso de medicamentos, situações que se encontram bem testemunhadas na literatura.

Tratando-se de um grupo tantas vezes relegado na sociedade atual, os idosos fazem parte de um conjunto lato que apresenta riscos na consulta de medicina dentária, nomeadamente reações medicamentosas adversas e/ou acidentes que podem ocorrer durante um procedimento. Deste modo, o paciente geriátrico constitui uma preocupação constante e premente de todos os que estão envolvidos nesse processo, pois só desse modo será possível contribuir não só para a promoção da sua segurança e da qualidade dos cuidados prestados, mas, e acima de tudo, para o seu bem estar, fazendo dessa forma *luzir* o trabalho. Assim sendo, com este trabalho procurou-se apreender as patologias e a medicação inerentes a esta faixa etária (Greenwood, Jay, & Meechan, 2010).

1. Enquadramento teórico

Desde meados do século passado que se vem assistindo a um importante envelhecimento da população mundial (United Nations, 2013). Na última década, graças ao progresso económico, social e às melhorias nos cuidados médicos prestados, a esperança média de vida aumentou dois anos. (World Health Organization, 2015). Segundo as Nações Unidas (2013), em 2050, o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos irá exceder os 2 mil milhões (20% da população mundial), e o número de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos poderá atingir os 392 milhões.

Em Portugal, nos últimos anos, tem-se observado o aumento da população idosa e o decréscimo da população jovem e em idade ativa. Portugal é o 4º país com maior proporção de idosos e o 5º país com o índice de envelhecimento mais elevado dos 28 Estados Membros da União Europeia (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

Os idosos representam, assim, uma parte crescente da população e merecem, por isso, a nossa especial atenção (Hofman, Grobbee, Jong, & Ouwendland, 1995; United Nations, 2013; World Health Organization, 2015).

A geriatria é o ramo da medicina que se centra na prestação de cuidados de saúde na idade avançada, nos aspetos clínicos, sociais, preventivos e curativos das doenças no envelhecimento (Gellman & Turner, 2013).

No tratamento do paciente geriátrico é necessário construir uma abordagem multidisciplinar, conjugando várias áreas, tais como a fisioterapia, a terapia ocupacional, a terapia da fala, a psicologia, a nutrição e a terapia farmacológica, entre outras (Gellman & Turner, 2013).

A prestação de cuidados geriátricos recai, maioritariamente, na promoção da saúde e na prevenção da doença, de forma a aumentar a esperança de vida e, sobretudo, a sua qualidade (Gellman & Turner, 2013).

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento corresponde, de acordo com Veríssimo (2014), “ao conjunto de alterações anatómicas e fisiológicas que surgem normal e inevitavelmente com o decorrer dos anos, afetando universalmente todos os indivíduos” através da acumulação progressiva de mais ou menos mudanças aleatórias, por falência dos mecanismos de reparação celular, ocasionando alterações biológicas que fragilizam os mecanismos de defesa e o equilíbrio do organismo.

O avançar da idade é caracterizado por uma complexa relação entre as alterações moleculares, celulares e morfológicas, com fatores ambientais, sociais e psicológicos, que culminam no aparecimento de doenças crónicas associadas ao envelhecimento e, por último, levam à morte. Assim, um dos grandes desafios que se impõe é compreender a biologia do envelhecimento por forma a criar intervenções com o intuito de proporcionar um envelhecimento ativo e saudável. (Mangoni & Jackson, 2003; Veríssimo, 2014)

O idoso é, por convenção, definido pela idade cronológica, sendo que o são indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. Contudo, alguns autores defendem que o critério cronológico para identificação de pacientes geriátricos não é correto devido à grande variabilidade de características, não só físicas como mentais, e ritmos de envelhecimento muito distintos de indivíduo para indivíduo. (Kandelman, Petersen, & Ueda, 2008; Organização Mundial de Saúde, 2015; Orimo et al., 2006; Veríssimo, 2014)

Com o avançar da idade, o organismo é submetido a várias alterações, nomeadamente, da composição e da conformação corporal, da pele e da face, do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, metabólicas, pulmonares, cardiovasculares, gastrointestinais e do sistema geniturinário. As alterações mais relevantes são a redução

da função renal e as alterações hepáticas, que afetam a farmacocinética (Barzilai, Huffman, Muzumdar, & Bartke, 2012; Veríssimo, 2014).

Para além das alterações farmacocinéticas, os idosos são também sensíveis aos efeitos de algumas drogas, especialmente as que atuam sobre o sistema nervoso central (e.g. benzodiazepinas, antidepressivos e antipsicóticos), que estão associadas a um aumento da oscilação postural, bem como do risco de quedas. (Fulton & Allen, 2005; Mangoni & Jackson, 2003; Milton, Hill-smith, & Jackson, 2008; Oscanoa, 2013; Ruberu & Fitzgerald, 2012)

Na tabela 2, encontram-se algumas das alterações fisiológicas que surgem com o envelhecimento com impacto na terapia farmacológica (Veríssimo, 2014, p.120).

Tabela 2: Alterações fisiológicas que surgem com o envelhecimento com impacto na terapia farmacológica segundo Veríssimo (2014, p.120)

	Jovens adultos (20-30 anos)	Adultos idosos (60-80 anos)
Água corporal (% do peso corporal)	61	53
Massa magra (% do peso corporal)	19	12
Tecido adiposo (% do peso corporal)	26-33 mulheres	38-45 mulheres
	18-20 homens	36-38 homens
Albumina sérica (g%)	4,7	3,8 (redução de 15-20%)
Peso do rim (% do jovem adulto)	100	80
Fluxo sanguíneo hepático (% do jovem adulto)	100	55-60

1.2. Patologias do idoso, co-morbididades e síndromes geriátricas

O aumento da esperança média de vida nas últimas décadas levou ao aparecimento de doenças relacionadas com a idade e ao aumento de doenças crónicas, que afetam um grande número de idosos e apresentam efeitos significativos na qualidade de vida (Fillenbaum, Pieper, Cohen, Cornoni-Huntley, & Guralnik, 2000; Hofman et al., 1995; Walckiers et al., 2015).

A hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca, a angina de peito, a fibrilhação auricular, a hipercolesterolemia, a artrite, a osteoporose, a diabetes *mellitus*, a doença

pulmonar obstrutiva crónica, a demência e a depressão representam as doenças crónicas mais comumente encontradas na população geriátrica. Note-se, todavia, que o envelhecimento não aumenta apenas o número de doenças crónicas, muitas vezes altera também a forma como estas se manifestam. Assim sendo, a existência de co-morbilidades representa outra situação comum no idoso, tornando o diagnóstico e o tratamento mais complexo. (Galato et al., 2010; Greenwood et al., 2010; Scully & Ettinger, 2007; Veríssimo, 2014; Vogt-Ferrier, 2011)

As doenças crónicas são mais frequentes no idoso, sendo que algumas predeterminam o aparecimento de condições específicas neste grupo etário, constituindo as síndromes geriátricas (Ayala, 2005; Veríssimo, 2014).

O conceito de síndrome geriátrica é relativamente recente, referindo-se “a um conjunto de quadros, originados pela conjugação de uma série de doenças com grande prevalência no idoso, que frequentemente resultam em incapacidades, funcionais ou sociais” (Ayala, 2005). As principais síndromes geriátricas são a imobilidade, a instabilidade, a incontinência urinária, a iatrogenia e as alterações cognitivas. No entanto, o número de síndromes é muito superior, encontrando-se em constante atualização (e.g. défice visual e auditivo, perturbações do sono e depressivas, dor, fadiga, retenção urinária, disfunção sexual, problemas dentários, entre outras).

Muitas das síndromes geriátricas podem ser prevenidas ou tratadas através da correção de situações médicas subjacentes, contudo, nem sempre é possível a reversão dessas síndromes porque, por vezes, o tratamento agrava a situação (e.g. tratamento de insuficiência cardíaca com diuréticos agrava a insuficiência urinária). A existência de co-morbilidades e diversas síndromes geriátricas exigem tratamento, o qual pode desencadear o aparecimento de outras patologias levando a iatrogenia, contribuindo para o aumento da morbilidade e da mortalidade no idoso (Ayala, 2005; Veríssimo, 2014).

Face ao exposto, devem ser desenvolvidas novas terapêuticas e intervenções, de forma a promover a qualidade de vida, diminuir a taxa de mortalidade e os custos terapêuticos no tratamento do paciente geriátrico (Ayala, 2005; Veríssimo, 2014).

1.3. Polimedicação no paciente geriátrico

Ligado ao envelhecimento está o aparecimento de co-morbilidades, potencialmente tratadas por numerosos medicamentos (Ruberu & Fitzgerald, 2012; Walckiers et al., 2015). É neste contexto que surge o conceito de polimedicação, definido como o uso concomitante de 5 ou mais medicamentos durante mais de 3 meses, ou a

administração excessiva de medicamentos não necessários (Galato et al., 2010; Scott et al., 2015; Veehof et al., 2000; Walckiers et al., 2015).

A polimedicação é uma realidade encontrada frequentemente entre os idosos. Segundo Rollason e Vogt (2003), 20% da população com idade igual ou superior a 75 anos toma 5 ou mais medicamentos e, segundo Veríssimo (2014), indivíduos com mais de 65 anos consomem cerca de 25% do total de vendas de medicamentos em Portugal.

A terapia farmacológica aplicada ao paciente idoso requer especial atenção por parte do clínico, uma vez que as complicações associadas à medicação são habituais (e.g. reações adversas e interações medicamentosas). O conhecimento farmacológico é essencial, pois só assim é possível identificar e prescrever os diferentes fármacos adequadamente e aconselhar o seu uso de forma segura, correta e eficaz. É necessário encontrar um balanço entre o tratamento da doença e a diminuição dos efeitos adversos, a fim de otimizar o uso dos medicamentos. (Gellman & Turner, 2013; Mangoni & Jackson, 2003; Milton et al., 2008)

A adesão à terapêutica farmacológica, que consiste na forma como o idoso assume as indicações dadas pelo profissional de saúde em relação ao(s) medicamento(s) prescrito(s), é, também, um fator muito importante a considerar. Segundo Sousa et al. (2011) “a não adesão à terapêutica tem grande prevalência nos pacientes geriátricos” e tem sido relacionada com vários fatores como o número de medicamentos tomados, a dificuldade na deglutição, a negação da doença, problemas psicológicos, demência, dificuldades económicas, nível sociocultural e automedicação (Oscanoa, 2013; Sousa et al., 2011). Em suma, a monitorização da utilização de medicamentos por idosos é de extrema importância (Walckiers et al., 2015).

1.4. Impacto na saúde oral

Uma parte considerável do trabalho realizado pelo médico dentista generalista passa pelo tratamento de pacientes com idade igual ou superior a 65 anos que, frequentemente, apresentam vários problemas de saúde concomitantes, obrigando à utilização de múltiplos medicamentos e incapacidades que merecem consideração especial. (Greenwood et al., 2010).

A grande maioria das alterações orais presentes nos idosos não devem ser atribuídas exclusivamente a alterações relacionadas com a idade, no entanto, a má saúde oral é uma situação comum neste grupo etário.

A presença de doenças sistémicas e de polimedicação, em simultâneo com outros fatores extrínsecos, contribuem, de forma significativa, para o desenvolvimento de patologias orais. A falta de higiene oral e a baixa assiduidade a consultas médico-dentárias levam, igualmente, a carência de saúde oral nos pacientes geriátricos (Côrte-Real, Figueiral & Campos, 2011; Kossioni & Dantas, 2007; Petersen & Yamamoto, 2005; Veríssimo, 2014).

Com o avançar da idade, as alterações do sistema estomatognático são uma realidade, particularmente a reabsorção óssea e gengival, a diminuição no número de papilas gustativas e a diminuição da produção de saliva. Consequentemente assiste-se a uma perda dentária, a doença periodontal, a cárie dentária, a xerostomia e a lesões da mucosa oral - patologias orais mais frequentemente encontradas no idoso (Côrte-Real, Figueiral & Campos, 2011; Kossioni & Dantas, 2007; Petersen & Yamamoto, 2005; Veríssimo, 2014).

No que diz respeito à perda de peças dentárias, apesar de por vezes colmatada pela utilização de próteses, limita a capacidade mastigatória do paciente geriátrico. Geralmente, idosos desdentados, portadores de prótese, tendem a evitar alimentos ricos em fibra, como os vegetais e frutas, preferindo uma dieta rica em gorduras saturadas e colesterol, o que contribui para doenças cardiovasculares e cancro gastrointestinal.

O edentulismo pode, de igual modo, atuar como fator de risco na perda de peso, isolamento social e stress (Kossioni & Dantas, 2007; Petersen & Yamamoto, 2005).

A doença periodontal encontra-se relacionada com vários fatores de risco como a falta de higiene oral, sobretudo em idosos com perda de mobilidade e de autonomia (e.g. demência, doença de Alzheimer e doença de Parkinson), o baixo nível educacional, a ausência de acompanhamento médico-dentário, o edentulismo, a existência de doenças sistémicas (e.g. osteoporose) e o consumo de tabaco e álcool, o que contribui para a progressão da doença periodontal no idoso.

A periodontite tem sido associada a doenças crónicas como a diabetes *mellitus*, a doença cardiovascular e a doença respiratória crónica (Kossioni & Dantas, 2007; Petersen & Yamamoto, 2005).

A xerostomia, comum nos idosos, está relacionada com a existência de doenças sistémicas (e.g. diabetes), terapêuticas farmacológicas (e.g. antipsicóticos, antidepressivos, anti-hipertensores e sedativos causam hipofunção das glândulas salivares) e radioterapia da cabeça e pescoço (Cassolato & Turnbull, 2003; Kossioni & Dantas, 2007; Petersen & Yamamoto, 2005).

Uma vez que a manutenção da saúde oral se encontra intimamente ligada com a qualidade de vida, os cuidados de saúde oral devem ser prestados de acordo com as necessidades do paciente geriátrico (Côrte-Real et al., 2011; Kossioni & Dantas, 2007; Petersen & Yamamoto, 2005).

2. Metodologia da pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica para a realização do presente trabalho foi feita com recurso a livros, revistas e artigos indexados na *PubMed*[®] e na *SciELO*[®], utilizando como palavras-chave *idoso*, *polimedicação*, *odontogeriatrics* e *co-morbilidade*.

Artigos escritos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa estão incluídos, sendo que não foi estabelecido limite mínimo cronológico para a utilização dos mesmos. Inicialmente, foram analisados os títulos e os resumos dos artigos e, posteriormente, foram escolhidos e lidos por completo, em caso de inclusão.

3. Hipótese e objetivos

Quais os medicamentos mais usados (e porquê) no paciente geriátrico e qual o papel do Médico Dentista?

A polimedicação em pacientes geriátricos na consulta de medicina dentária da Clínica Universitária Egas Moniz tem como principais objetivos:

- Realizar de um questionário, aplicado no âmbito da *Clínica Universitária Egas Moniz*, para registar as doenças e os medicamentos tomados pelo paciente geriátrico;
- Realizar uma revisão da literatura sobre o assunto, com base na evidência científica.

II – MATERIAIS E MÉTODOS

1. Considerações éticas

A proposta de trabalho de projeto final foi primeiramente submetida e aprovada pela *Comissão Científica do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz*.

Foi, igualmente, autorizada a realização do trabalho na *Clínica Universitária Egas Moniz* (ver anexo 1) e, posteriormente, submetida e aprovada pela *Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz* (ver anexo 2).

Aos participantes, ou aos seus responsáveis legais, foi pedido que assinassem um Consentimento Informado (ver anexo 3) sem o qual não seria possível a participação neste estudo, salientando que os participantes foram previamente esclarecidos sobre a sua participação no mesmo.

Este estudo garantiu o anonimato e a confidencialidade acerca da identidade dos participantes, bem como a utilização exclusiva dos dados para análise estatística.

A realização desta investigação conservou o seguimento natural das consultas da *Clínica Universitária Egas Moniz* e em nada interferiu com o tratamento aplicado ao paciente.

O estudo não necessitou de qualquer apoio financeiro.

2. Caracterização do estudo

Estudo descritivo, realizado com recurso a questionários, aplicados durante 30 dias, entre 15 de fevereiro e 15 de março de 2016, durante as consultas de medicina dentária no período da manhã, das 8h00 às 14h30, na *Clínica Universitária Egas Moniz*, localizada no *Campus Universitário Egas Moniz – Cooperativa de Ensino Superior, CRL*, Quinta da Granja, Monte de Caparica, 2829 - 511 Caparica, Portugal.

2.1. Seleção da amostra

Durante o período de realização do estudo, compareceram à consulta de medicina dentária da *Clínica Universitária Egas Moniz* 236 pacientes com idade igual ou superior a 65 anos. A amostra foi constituída por 60 indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos, que cumpriam os critérios de inclusão. Desta forma, a amostra representa 25,4% da população.

2.1.1. Critérios de inclusão

Para inclusão no estudo foram estipulados os seguintes critérios:

- Pacientes com idade igual ou superior a 65 anos;
- Pacientes polimedicados;
- Consentimento Informado assinado pelo paciente ou pelo seu representante legal.

2.1.2. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão do estudo foram os seguintes:

- Pacientes com idade igual ou superior a 65 anos não polimedicados;
- Pacientes aos quais não foi possível aplicar a metodologia escolhida;
- Pacientes que recusaram assinar o Consentimento Informado;
- Pacientes que recusaram a participação no estudo.

2.2. Método de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário (ver anexo 4).

2.2.1. Questionário

As variáveis apreciadas no questionário foram:

- Género;
- Idade;
- Profissão;
- Estado civil;
- Agregado familiar;
- Autoperceção do estado de saúde;
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Doenças presentes;
- Medicação.

2.3. Tratamento e análise de dados

2.3.1. Base de dados

Foi criado um documento no programa *Microsoft Excel* para compilar todos os dados recolhidos. A base de dados continha todas as respostas ao questionário, codificadas por números, para posterior tratamento estatístico.

2.3.2. Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados foi feito através de medidas de estatística descritiva e inferencial, recorrendo ao *software IBM® SPSS®, Statistical Package for Social Sciences*, versão 22.0, para *Microsoft Windows*.

Na análise estatística descritiva foram utilizadas como medidas a frequência absoluta, a frequência relativa, a média e o desvio padrão.

Na análise estatística inferencial (comparativa), foram utilizados diferentes testes nomeadamente o teste Chi-quadrado, o teste Kruskal-Wallis e o teste Mann-Whitney.

Em todos os testes realizados o nível de significância utilizado foi $p \leq 0,05$.

III – RESULTADOS

1. Caracterização da amostra

1.1. Género

A amostra do presente estudo foi constituída por 60 indivíduos, 62% eram do sexo feminino (n=37), representando a maioria, e os restantes 38% do sexo masculino (n=23) (ver tabela 3 e figura 1).

Tabela 3: Análise descritiva do género dos participantes no estudo

Género	Frequência (n)	Percentagem (%)
Feminino	37	62
Masculino	23	38
Total	60	100

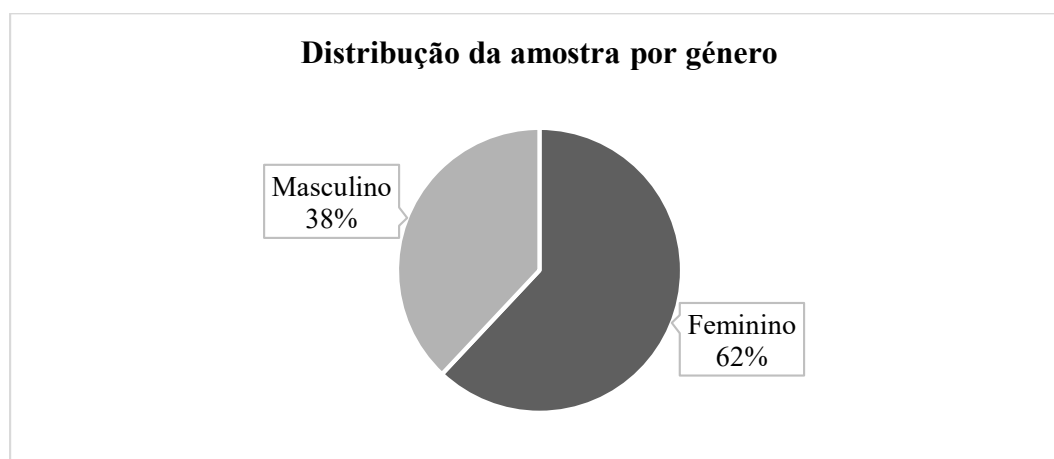


Figura 1: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por género

1.2. Idade

A média de idades, dos participantes no estudo, foi 75 anos e o valor do desvio padrão 5,9 anos. A idade mínima foi 65 anos e a idade máxima 90 anos (ver tabela 4).

Tabela 4: Análise descritiva da idade dos participantes no estudo

	Mínima	Máxima	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	65	90	75	5,9

1.3. Faixa etária

A amostra foi dividida por faixas etárias com intervalos de 5 anos de idade, tendo-se observado uma maior prevalência de idades entre os 75 e os 79 anos ($n=18$; 30%). 11 participantes tinham entre os 65 e 69 anos (18%), 15 entre os 70 e 74 anos (25%) e 16 tinham 80 anos ou mais (27%) (ver figura 2).

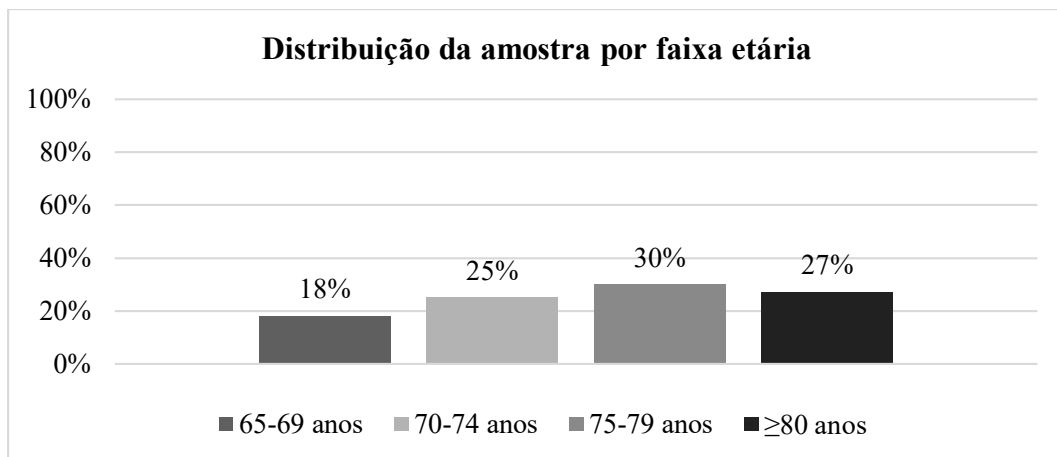


Figura 2: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por faixas etárias

1.4. Índice de massa corporal (IMC)

No que respeita ao IMC, a maioria dos indivíduos deste estudo apresentava excesso de peso ($n=27$, 45%), 30% dos participantes sofria de obesidade ($n=18$) e apenas 15 participantes (25%) se encontravam no intervalo normal de peso (ver figura 3).

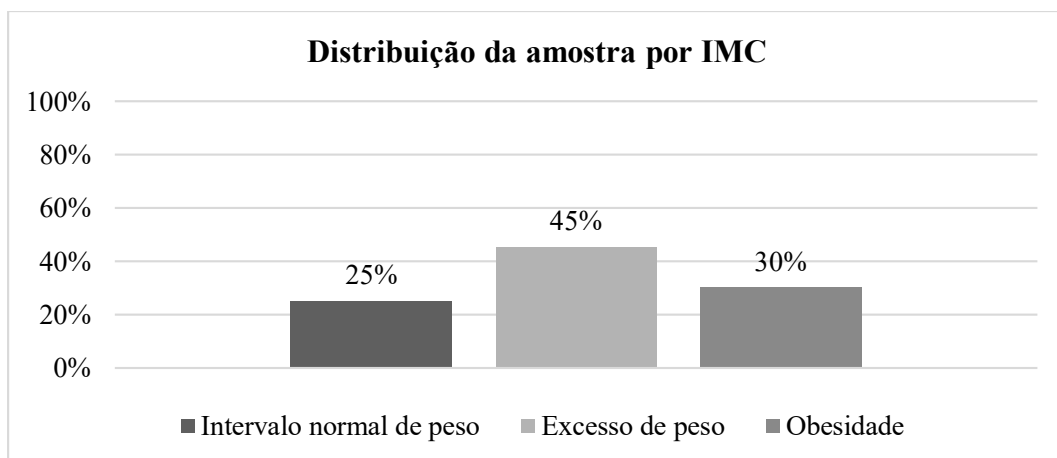


Figura 3: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por IMC, segundo a classificação do IMC pela OMS

1.5. Escolaridade

Relativamente à escolaridade, cerca de 22% dos participantes tinha *nenhum nível de ensino* (n=13), 57% tinha o *ensino básico* (n=34), 13% tinha o *ensino secundário* (n=8) e o *ensino superior* (8%) apenas 5 (ver figura 4).

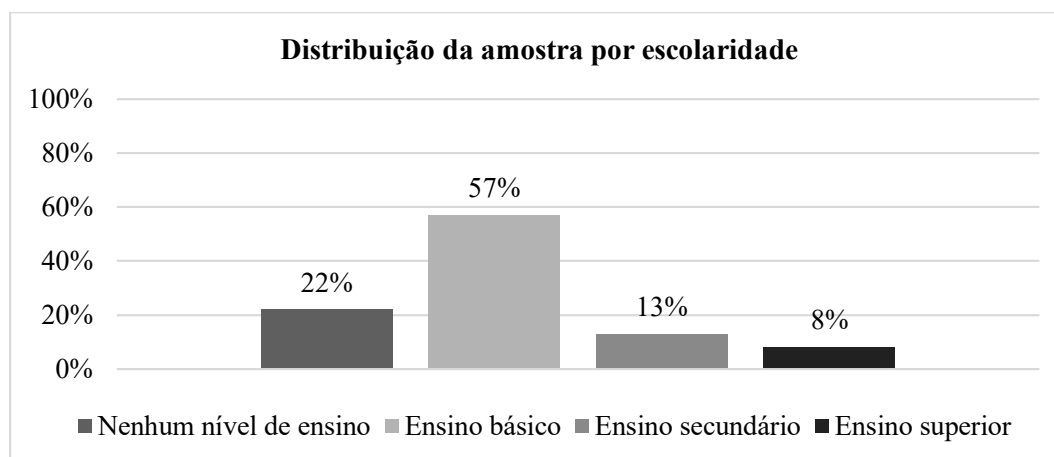


Figura 4: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por escolaridade

1.6. Profissão

A grande maioria dos participantes deste estudo, 88%, era *reformado(a)* (n=53), 7 encontrava-se em *outra situação* profissional (12%); dos quais 2 responderam *empregado(a)* e 5 *doméstico(a)* (ver figura 5).

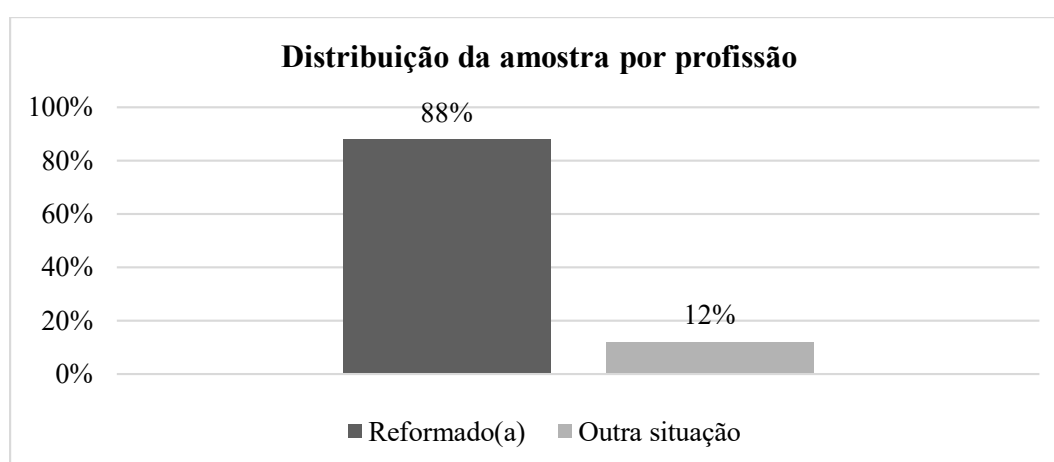


Figura 5: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por profissão

1.7. Estado civil

A percentagem de idosos participantes no estudo que era casado é cerca de 51,7% (n=31), já a percentagem de indivíduos viúvos é de 36,7% (n=22) e 11,7% dos participantes encontra-se em *outra situação*; destes, 2 são solteiros e 5 divorciados (ver figura 6).

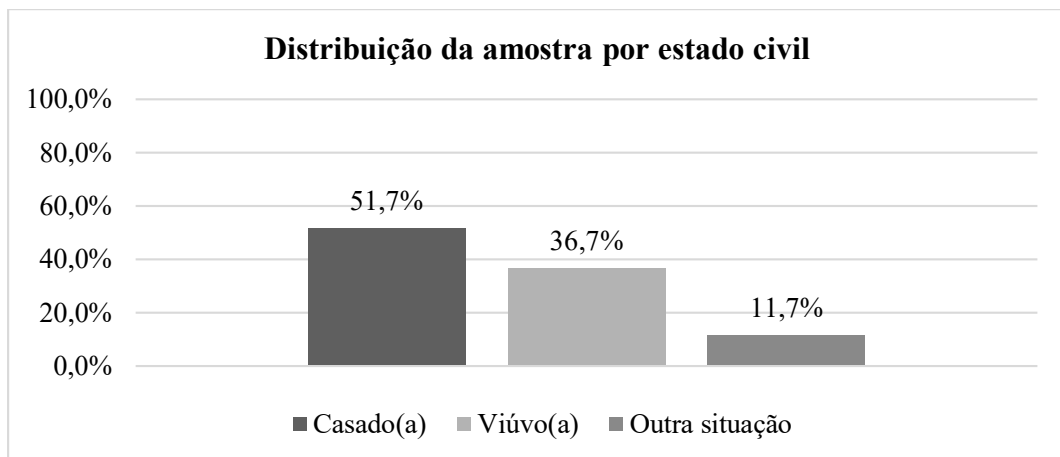


Figura 6: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por estado civil

1.8. Agregado familiar

Os indivíduos que vivem com companhia representam 60% da amostra (n=36) e os indivíduos que vivem sós são 24 (40%) (ver figura 7).

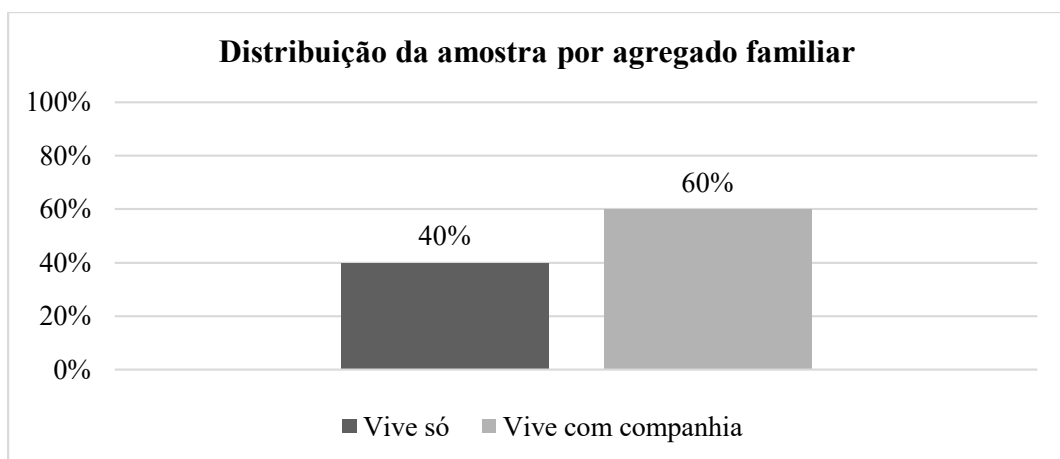


Figura 7: Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por agregado familiar

1.9. Autopercepção do estado de saúde

A maioria dos entrevistados (63%, n=38) descreveu a sua saúde como sendo *razoável*, dos restantes, 17% considerou a sua saúde *boa* (n=10) e 20% *fraca* (n=12) (ver figura 8).

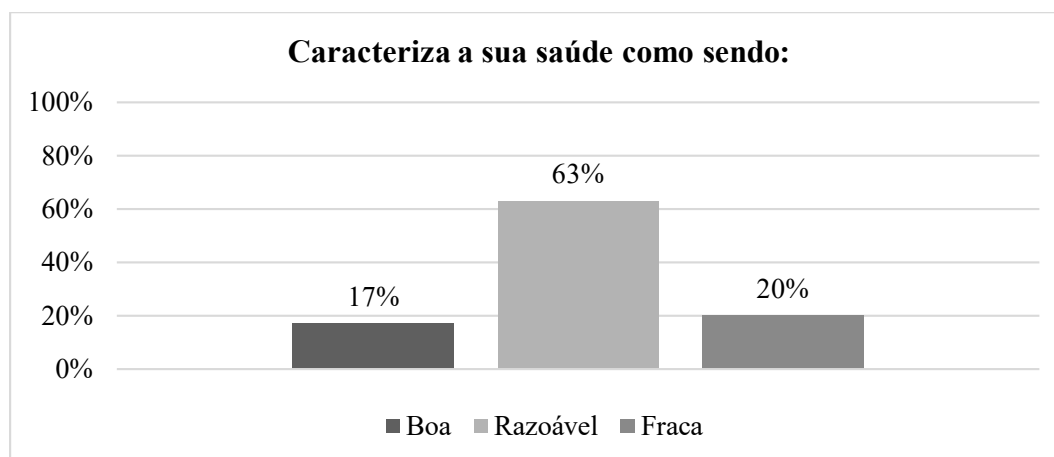


Figura 8: Gráfico de frequências relativas da autopercepção do estado da saúde dos participantes no estudo

2. Doenças presentes nos participantes do estudo

Foi encontrada uma grande variabilidade de problemas de saúde, nomeadamente, 48 doenças crónicas diferentes num total de 373 doenças crónicas relacionadas com a polimedicação.

Os idosos incluídos neste estudo têm, em média, 6,2 doenças crónicas e o valor do desvio padrão é 2. A mínima foi 3 doenças e a máxima foi 11 doenças (ver tabela 5).

Tabela 5: Análise descritiva do número de medicamentos tomados pelos participantes no estudo

	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
Número de doenças	3	11	6,2	2

Os pacientes geriátricos participantes no estudo responderam que lhes foi dito sofrer de doenças cardiovasculares em 98% dos casos (n=59). As doenças cardiovasculares existentes entre os participantes no estudo foram: a hipertensão arterial, que afeta 97% dos participantes (n=58), a doença coronária (n=20, 33%), a fibrilhação auricular (n=11, 18%), o acidente vascular cerebral (n=6, 10%), a insuficiência cardíaca (n=5, 8%), a arritmia cardíaca, o enfarte agudo do miocárdio (n=4, 7%), a doença arterial periférica (n=2, 3%), o aneurisma da aorta, a doença valvular cardíaca, a insuficiência mitral e a insuficiência venosa (n=1, 2%).

As doenças metabólicas e/ou endócrinas afetavam 90% dos participantes no estudo (n=54), sendo que as doenças encontradas foram a dislipidemia (n=47, 80%), diabetes *mellitus* (n=23, 38%), obesidade (n=18, 30%), hiperuricemia (n=7, 12%), hipotireoidismo (n=3, 5%) e neoplasia da tiróide (n=1, 2%).

Relativamente às doenças músculo-esqueléticas (n=35, 58%), 31 participantes responderam sofrer de artrite e/ou artrose (52%) e 18 de osteoporose (30%).

57% respondeu sofrer de doenças neurológicas e/ou psicológicas (n=34), 40% respondeu sofrer de perturbações depressivas/ansiosas (n=24), 25% de perturbações do sono (n=15), 8% de demência (n=5), e apenas 2% de distúrbio bipolar, doença de Parkinson, esclerose múltipla e nevralgia do trigémeo (n=1).

As doenças gastrointestinais apresentam uma frequência de 23 (38%), sendo que 25% sofre de doença de refluxo gastroesofágico (n=15), 8% ulcera péptica (n=5), 5% gastrite (n=3) e apenas 2% hérnia do hiato, litíase biliar e neoplasia do cólon (n=1).

Em 27% dos casos, os participantes responderam sofrer de doenças genitais e/ou urinárias (n=16). 35% sofre de hipertrofia benigna da próstata (n=8, para os 23 participantes do sexo masculino), 12% de insuficiência renal crónica, 11% de neoplasia da mama feminina (n=4, para as 37 participantes do sexo feminino), 5% de prolapso útero-vaginal (n=2, para as 37 participantes do sexo feminino), 3% de incontinência urinária (n=2), 2% de neoplasia da bexiga e de pielonefrite crónica (n=1).

Apenas 7% dos participantes respondeu sofrer de doenças respiratórias (12%), nomeadamente de asma (n=5, 8%) e doença pulmonar obstrutiva crónica (n=3, 5%).

12% da amostra do estudo sofre de *outras doenças* (n=7), a saber, anemia (n=2), síndrome vertiginosa (n=2), HIV-1 (n=1), lúpus (n=1) e urticária crónica (n=1).

Na tabela 6, encontram-se esquematizadas as doenças encontradas nos idosos participantes do estudo. A fim de simplificar a sua leitura, frequências relativas inferiores a 8% não foram incluídas (ver tabela 6).

Tabela 6: Análise descritiva das doenças presentes nos participantes do estudo

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Doenças cardiovasculares	59	98
Acidente vascular cerebral	6	10
Doença coronária	20	33
Fibrilhação auricular	11	18
Hipertensão arterial	58	97
Insuficiência cardíaca	5	8
Doenças gastrointestinais	23	38
Doença de refluxo gastroesofágico	15	25
Úlcera péptica	5	8
Doenças genitais/urinárias	16	27
Hipertrofia benigna da próstata	8	35
Neoplasia da mama feminina	4	11
Insuficiência renal crônica	7	12
Doenças metabólicas/endócrinas	54	90
Dislipidemia	47	80
Diabetes <i>mellitus</i>	23	38
Obesidade	18	30
Hiperuricemia	7	12
Doenças músculo-esqueléticas	35	58
Artrite/ artrose	31	52
Osteoporose	18	30
Doenças neurológicas/psicológicas	34	57
Demência	5	8
Perturbações depressivas/ ansiosas	24	40
Perturbações do sono	15	25
Doenças respiratórias	7	12
Asma	5	8
Outras doenças	-	-

3. Medicação

Relativamente à medicação tomada, foi, igualmente, encontrada uma grande variabilidade, segundo a classificação do Prontuário Terapêutico Online do *Infarmed* (em <http://www.infarmed.pt/prontuario/frameprimeiracapitulos.html>, acedido a 24 de maio de 2016). Foram vistos 13 grupos farmacológicos, 34 subgrupos farmacológicos e 160 princípios ativos diferentes.

Em média, os participantes do estudo tomam 7 medicamentos e o desvio padrão é 2. O número mínimo de medicamentos tomados é de 5 e o máximo é de 15 (ver tabela 7).

Tabela 7: Análise descritiva do número de medicamentos tomados pelos participantes no estudo

	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
Número de medicamentos	5	15	7	2

Na tabela 8, encontram-se todos os grupos e subgrupos farmacêuticos encontrados na amostra do estudo.

Da análise feita, destaca-se a toma de medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular (n=59, 98%) nomeadamente a toma de anti-hipertensores (n=58; 97%) e antidiabéticos (n=46, 78%). A toma de medicamentos que atuam sobre o sangue (n=37, 62%), particularmente, a toma de anticoagulantes e de antitrombóticos (n=37, 62%), a toma de medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central (n=34, 57%) principalmente, a toma de psicofármacos (n=28, 47%) e, ainda, a toma de medicamentos que atuam sobre o sistema digestivo (n=32, 53%), sobretudo a toma de antiácidos e anti-ulcerosos (n=31, 52%).

Tabela 8: Análise descritiva dos medicamentos tomados por grupo farmacológico

Capítulos e subcapítulos	Frequência (n)	Percentagem (%)
1. Medicamentos anti-infecciosos	3	5
1.3. Antivíricos	2	3
1.4. Antiparasitários	1	2

Capítulos e subcapítulos	Frequência (n)	Percentagem (%)
2. Sistema Nervoso Central	34	57
2.3. Relaxantes musculares	6	10
2.5. Antiparkinsónicos	1	2
2.6. Antiepiléticos e anticonvulsionantes	5	8
2.7. Antieméticos e antivertiginosos	5	8
2.9. Psicofármacos	28	47
2.10. Analgésicos e antipiréticos	2	3
2.12. Analgésicos estupefacientes	4	7
2.13. Outros medicamentos com ação no Sistema Nervoso Central	4	7
3. Sistema Cardiovascular	59	98
3.1. Cardiotónicos	2	3
3.2. Antiarrítmicos	4	7
3.4. Anti-hipertensores	58	97
3.5. Vasodilatadores	9	15
3.7. Antidislipidémicos	46	78
4. Sangue	37	62
4.1. Antianémicos	2	3
4.3. Anticoagulantes e antitrombóticos	37	62
5. Sistema respiratório	8	13
5.1. Antiasmáticos e broncodilatadores	8	13
6. Sistema digestivo	32	53
6.1. Antiácidos e anti-ulcerosos	31	52
6.3. Modificadores da motilidade gastrintestinal	2	3
6.4. Antiespasmódicos	1	2
6.9. Medicamentos que atuam no fígado e vias biliares	1	2
7. Sistema geniturinário	6	10
7.3. Anti-infecciosos e antissépticos urinários	1	2
7.4. Outros medicamentos usados em disfunções geniturinárias	5	8

Capítulos e subcapítulos	Frequência (n)	Percentagem (%)
8. Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas	23	38
8.3. Hormonas da tiroide e antitiroideus	3	5
8.4. Insulinas, antidiabéticos orais e glicagina	21	35
9. Aparelho locomotor	8	13
9.1. Anti-inflamatórios não esteróides	6	10
9.3. Medicamentos usados para o tratamento da gota	4	7
9.4 Medicamentos para tratamento da artrose	5	8
9.6. Medicamentos que atuam no osso e no metabolismo do cálcio	4	7
10. Medicação antialérgica	1	2
10.1. Anti-histamínicos	1	2
11. Nutrição	6	10
11.3. Vitaminas e sais minerais	6	10
16. Medicamentos antineoplásicos e imunomodulares	2	3
16.2. Hormonas e anti-hormonas	2	3
18. Vacinas e imunoglobulinas	1	2
18.2. Lisados bacterianos	1	2

Referente aos princípios ativos, a *sinvastatina* é o mais tomado pelos participantes neste estudo, é tomado por 50% da amostra (n=30); o *ácido acetilsalicílico* é tomado por 27 participantes (45%); o *pantoprazol* é tomado por 28% (n=17), enquanto 13% toma lisinopril (n=22). A *amlodipina* e a *indapamida* são tomados por 18 participantes (11%), 10% dos idosos no estudo toma *metformina* e *sertralina* (n=17), 9% toma *esomeprazol*, *furosemida* e *omeprazol* (n=15), 7% (n=12) toma *alprazolam* e *bisoprolol*, 6% (n=10) toma *esomeprazol*, *gliclazida*, *insulina* e *metformina* + *vildagliptina*, 5% toma *lercanidipina*, *nebivolol* e *rosuvastatina* (n=8) (ver tabela 9).

Tabela 9: Análise descritiva dos medicamentos tomados pelos participantes no estudo por princípio ativo

		Princípios ativos	(n)	(%)
Antieméticos e antiveriginosos		Beta-histina	5	8
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos		Alprazolam	7	12
Antidepressores		Sertralina	10	17
Anti-hipertensores	Diuréticos	Indapamida	11	18
		Furosemida	9	15
	Modificadores do eixo renina angiotensina	Lisinopril	13	22
	Bloqueadores da entrada de cálcio	Amlodipina	11	18
		Lercanidipina	5	8
	Depressores da atividade adrenérgica	Bisoprolol	7	12
		Nebivolol	5	8
Estatinas		Sinvastatina	30	50
(Antidislipidémicos)		Rosuvastatina	5	8
Antiagregantes plaquetários (Anticoagulantes e antitrombóticos)		Ácido acetilsalicílico	27	45
Inibidores da bomba de protões		Esomeprazol	6	10
		Omeprazol	9	15
		Pantoprazol	17	28
Antidiabéticos não insulínicos		Gliclazida	6	10
		Metformina	10	17
		Metformina + Vildagliptina	6	10
Insulinas			8	13

Para além dos supracitados, encontraram-se outros princípios ativos com menor frequência ($n \leq 4$) (ver anexo 5).

4. Análise estatística inferencial (comparativa)

Para a concretização desta análise estatística inferencial (comparativa) foram utilizados os seguintes testes de análise estatística:

- o teste do Chi-quadrado, para comparar a toma de psicofármacos com o agregado familiar, a obesidade com o agregado familiar e também com a escolaridade dos participantes no estudo;
- o teste Kruskal-Wallis, para comparar o número de medicamentos tomados pelos participantes no estudo com o grupo etário, a escolaridade e o estado civil;
- o teste Mann-Whitney, para comparar a média da idade com o género, o número de doenças com o género, o número de medicamentos tomados pelos participantes no estudo com o género e o agregado familiar e a idade com o género dos participantes do estudo.

Em média as mulheres têm $75,19 \pm 6,50$ anos e os homens $75,30 \pm 4,98$ anos. Não há diferenças estatisticamente significativas entre a média das idades no sexo feminino e no sexo masculino ($p=0,790$) (ver tabela 10).

Tabela 10: Análise estatística inferencial (comparativa) entre a média de idades e o género dos participantes no estudo

Idade	Média \pm Desvio padrão	Sig.
Feminino	$75,19 \pm 6,50$	$p=0,790^*$
Masculino	$75,30 \pm 4,98$	

* pelo teste Mann-Whitney

O valor de significância estatística foi inferior a 0,05 ($p<0,05$) o que indica que há diferenças estatisticamente significativas entre o número médio de doenças presentes nos participantes do estudo e o género ($p=0,035$). Em média, as mulheres sofrem de mais doenças do que os homens (ver tabela 11).

Tabela 11: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de doenças presentes nos participantes do estudo e o género

Nº de doenças	Média \pm Desvio padrão	Sig.
Feminino	$6,62 \pm 1,88$	$p=0,035^*$
Masculino	$5,61 \pm 1,99$	

* pelo teste Mann-Whitney

O valor de significância estatística foi superior a 0,05 ($p>0,05$), o que indica que não há diferenças estatisticamente significativas entre a obesidade e o agregado familiar dos participantes no estudo ($p=0,645$) (ver tabela 12).

Tabela 12: Análise estatística inferencial (comparativa) entre a obesidade e o agregado familiar dos participantes no estudo

	Obesidade		Total	Sig.
	Não	Sim		
Vive só	16	8	24	$p=0,645^*$
Vive com companhia	26	10	36	
Total	42	18	60	

* pelo teste Chi-quadrado

Não há diferenças estatisticamente significativas entre a obesidade e a escolaridade dos participantes do estudo ($p=0,778$) (ver tabela 13).

Tabela 13: Análise estatística inferencial (comparativa) entre a obesidade e a escolaridade dos participantes no estudo

	Obesidade		Total	Sig.
	Não	Sim		
Nenhum nível de ensino	8	5	13	$p=0,778^*$
Ensino básico	25	9	34	
Ensino secundário	5	3	8	
Ensino superior	4	1	5	
Total	42	18	60	

* pelo teste Chi-quadrado

À semelhança do que acontece anteriormente, não há diferenças estatisticamente significativas entre o número médio de medicamentos tomados e o género dos participantes no estudo ($p=0,531$) (ver tabela 14).

Tabela 14: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de medicamentos tomados e o género dos participantes no estudo

Nº de medicamentos	Média ± Desvio padrão	Sig.
Feminino	7,16 ± 2,21	p=0,531*
Masculino	7,43 ± 2,17	

* pelo teste Mann-Whitney

No que concerne ao número médio de medicamentos tomados e à escolaridade dos participantes no estudo, também não há diferenças estatisticamente significativas (p=0,472) (ver tabela 15).

Tabela 15: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de medicamentos tomados pelos participantes no estudo e a escolaridade

Nº de medicamentos	Média ± Desvio padrão	Sig.
Nenhum nível de ensino	7,85 ± 2,19	p=0,472*
Ensino Básico	7,15 ± 2,19	
Ensino Secundário	6,38 ± 0,74	
Ensino Superior	8,00 ± 3,39	

* pelo teste Kruskal-Wallis

Não há diferenças estatisticamente significativas entre o número médio de medicamentos tomados e a faixa etária dos participantes no estudo (p=0,727) (ver tabela 16).

Tabela 16: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de medicamentos tomados pelos participantes no estudo e a faixa etária

Nº de medicamentos	Média ± Desvio padrão	Sig.
65 – 69 anos	7,27 ± 2,87	p=0,727*
70 – 74 anos	7,00 ± 1,00	
75 – 79 anos	7,22 ± 2,67	
≥ 80 anos	7,56 ± 1,99	

* pelo teste Kruskal-Wallis

Não há diferenças estatisticamente significativas entre o número médio de medicamentos e ao estado civil dos participantes no estudo ($p=0,078$) (ver tabela 17).

Tabela 17: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de medicamentos tomados pelos participantes no estudo e o estado civil

Nº de medicamentos	Média ± Desvio padrão	Sig.
Casado(a)	6,81 ± 1,64	p=0,078*
Viúvo(a)	7,95 ± 2,26	
Outra situação	7,14 ± 3,53	

* pelo teste Kruskal-Wallis

Não há diferenças estatisticamente significativas entre o número médio de medicamentos tomados e o agregado familiar dos participantes no estudo ($p=0,365$) (ver tabela 18).

Tabela 18: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o número médio de medicamentos tomados pelos participantes no estudo e o agregado familiar

Nº de medicamentos	Média ± Desvio padrão	Sig.
Vive só	7,67 ± 2,58	p=0,365*
Vive com companhia	7,00 ± 1,85	

* pelo teste Mann-Whitney

Não há diferenças estatisticamente significativas entre o agregado familiar e a toma de psicofármacos pelos participantes do estudo ($p=0,342$) (ver tabela 19).

Tabela 19: Análise estatística inferencial (comparativa) entre o agregado familiar e a toma de psicofármacos pelos participantes no estudo

	Psicofármacos		Total	Sig.
	Toma	Não toma		
Vive só	11	13	24	p=0,342*
Vive com companhia	21	15	36	
Total	32	28	60	

* pelo teste Chi-quadrado

IV – DISCUSSÃO

O presente estudo teve como propósito caracterizar os pacientes geriátricos polimedicados que frequentam as consultas de medicina dentária da *Clínica Universitária Egas Moniz*, tendo em consideração as doenças e a medicação subjacentes. Foram incluídos 60 indivíduos que compareceram a essas mesmas consultas, de 15 de fevereiro a 15 de março (no período das 8h00 às 14h30). Durante o período de realização deste estudo compareceram, às consultas, 236 pacientes com idade igual ou superior a 65 anos. Desta forma, a amostra no estudo representa 25,4% da população, portanto, a extrapolação dos resultados para os pacientes geriátricos polimedicados da *Clínica Universitária Egas Moniz* pode ser feita.

Assim, como noutros estudos sobre o assunto, a amostra foi constituída, maioritariamente, por elementos do sexo feminino (62%), o que pode ser justificado pela esperança média de vida ser superior nas mulheres do que nos homens e, também, por estas recorrerem mais frequentemente aos serviços de saúde (Galato et al., 2010; Instituto Nacional de Estatística, 2015; Sousa et al., 2011).

Os idosos participantes no estudo tinham idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos e a média foi $75 \pm 5,9$ anos, havendo maior prevalência de idades entre os 75 e os 79 anos (30%), o que espelha as melhorias nos cuidados médicos prestados e o aumento da esperança média de vida (World Health Organization, 2015). Num estudo realizado na Extremadura, Espanha, a idade média encontrada foi, igualmente muito próxima dos 75 anos, 74,3 (numa amostra com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos) (Zamorano et al., 1999).

Na amostra, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a média de idades das mulheres ($75,19 \pm 6,50$ anos) e dos homens ($75,30 \pm 4,98$ anos) ($p=0,790$). Já Valderrama, Rodriguez, Palacios, Gabarre e Pérez (1998), encontraram, no seu estudo, diferenças estatisticamente significativas entre a média de idades das mulheres (75 anos) e dos homens (73,6 anos) ($p=0,004$).

Relativamente à escolaridade, a maioria dos participantes (57%) tinha o ensino básico e cerca de 22% dos participantes não apresentava qualquer nível de escolaridade. Segundo os Censos de 2011, em Portugal, a maioria da população tem o ensino básico (25% da população portuguesa) (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Comprovativo desta situação é, em Portugal, o ensino básico apenas ter passado a ser obrigatório para alunos do sexo masculino em 1956, alargado a crianças do sexo feminino, em 1960, bem

como o aumento da população idosa e o decréscimo das populações jovem e em idade ativa (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

A maioria dos participantes, 51,7%, era casada e 36,7% viúvos. Os indivíduos que vivem com companhia representam 60% da amostra e os indivíduos que vivem sós 38%. Zamorano et al. (1999) e Sousa et al. (2011) obtiveram resultados semelhantes, respectivamente.

Relativamente à autoperceção do estado da saúde, a maioria dos entrevistados (63%) avaliou a sua saúde como sendo *razoável*, também no estudo realizado por Galato et al. (2010), sobre a utilização de medicamentos em idosos residentes no Brasil, a maioria do inquiridos avaliou a sua saúde como *regular* (41,1%). A perceção de saúde dos participantes foi avaliada pelo seu estado de saúde e não pelo número de medicamentos tomados.

No que respeita ao IMC, a maioria dos indivíduos deste estudo apresenta excesso de peso (45%), 30% sofrem de obesidade e apenas 25% se encontram no intervalo normal de peso. De acordo com estes resultados, estão os dados divulgados pela Direção-Geral de Saúde (2014). Na população portuguesa, foi encontrada uma elevada prevalência de obesidade entre os idosos (51,7%) com uma elevada taxa de crescimento anual e uma taxa de morbilidade e de mortalidade muito altas, que acompanham a diminuição da qualidade de vida.

Em alguns estudos, a obesidade aparece associada a várias situações sociodemográficas, como o número de pessoas do agregado familiar e a escolaridade. No entanto, neste estudo não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nem entre a obesidade e o agregado familiar ($p=0,645$) nem entre a obesidade e a escolaridade dos participantes do estudo ($p=0,778$) (Direção-Geral de Saúde, 2014).

A obesidade, doença crónica multifatorial, constitui uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, como a diabetes *mellitus*, as doenças cardiovasculares e o cancro (a obesidade foi associada a neoplasia do cólon, reto e ânus, neoplasia da mama feminina e neoplasia maligna da próstata) (Direção Geral de Saúde, 2005; Direção-Geral de Saúde, 2014). A obesidade aparece, igualmente, relacionada em alguns estudos com a saúde oral, principalmente associada à cárie dentária, à doença periodontal e ao edentulismo (Brianezzi et al., 2013).

A amostra sofre, em média, de $6,2 \pm 2$ doenças crónicas. O número mínimo de doenças encontradas por idoso foi 3 doenças e o máximo 11.

Harugeri, Joseph, Parthasarathi, Ramesh e Guido (2010) mencionam que a polimedicação está significativamente associada ao diagnóstico de 3 ou mais doenças, o que está de acordo com os resultados obtidos.

Neste estudo foi encontrada uma grande variabilidade de problemas de saúde, nomeadamente 48 doenças crônicas diferentes num total de 373 doenças crônicas relacionadas com a polimedicação.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número médio de doenças presentes nos participantes do estudo e o género ($p=0,035$). As mulheres sofrem em média de mais doenças concomitantes ($6,62 \pm 1,88$) do que os homens ($5,61 \pm 1,99$).

As doenças mais frequentemente associadas à polimedicação neste estudo foram, principalmente, a hipertensão arterial, a dislipidemia, a artrite e/ou artrose, as perturbações depressivas e/ou ansiosas e a diabetes *mellitus*. A hipertensão arterial é a doença mais prevalente neste estudo, afetando 58 idosos (97%). Estes resultados são, em muito, semelhantes aos obtidos noutros estudos (Garrido-Garrido et al., 2011; Pérez Fuentes, Castillo Castillo, Rodríguez Toquero, Martos López, & Morales Mañero, 2002; Sousa et al., 2011; Valderrama et al., 1998)

Segundo Alencar, Andrade & Catão (2011), a hipertensão arterial quando não controlada pode ser uma limitação para a realização de tratamentos médico-dentários e o médico dentista deve recorrer à opinião do médico assistente do idoso.

Há autores que associam algumas doenças à polimedicação como é o caso da depressão, da diabetes *mellitus*, da doença coronária, da doença pulmonar obstrutiva crónica, da insuficiência cardíaca e da obesidade (Jyrkkä, Enlund, Korhonen, Sulkava & Hartikainen, 2009; Nobili, Garattini, & Mannucci, 2011; Sergi, Rui, Sarti, & Manzato, 2011).

A diabetes *mellitus* e a doença periodontal estão estreitamente relacionadas, o risco e a severidade da doença periodontal depende do controlo glicémico, assim como o controlo glicémico pode depender da severidade periodontal. Alguns estudos indicam, ainda, que a doença periodontal pode ser um fator de risco para doença coronária e enfarte agudo do miocárdio (Kandelman et al., 2008; Petersen & Yamamoto, 2005). É de frisar também que, tratamentos médico-dentários mais invasivos não devem ser efetuados sem controlo glicémico adequado (Alencar et al., 2011; Mangoni & Jackson, 2003).

Há, no entanto, que referir que a grande heterogeneidade de metodologias encontradas noutros estudos dificulta a interpretação dos resultados (e.g. tamanho da amostra, período de duração do estudo, idosos institucionalizados). Na maioria dos estudos encontrados, a amostra foi constituída por todos os idosos e não apenas pelos polimedicados, o que influencia o número médio de medicamentos tomados (Garrido-Garrido et al., 2011; Sousa et al., 2011; Valderrama et al., 1998; Zamorano et al., 1999). Estudos com amostras de idosos polimedicados não fazem referência ao número médio de medicamentos tomados pelos seus participantes (Pérez Fuentes et al., 2002).

Em média, os participantes deste estudo tomavam 7 ± 2 medicamentos. O número mínimo de medicamentos tomados foi 5 e o máximo foi 15. Segundo o jornal *Público*, em notícia publicada a 24 de abril de 2009, em Portugal “as pessoas com 65 ou mais anos polimedicadas (com quatro ou mais fármacos) tomam 7,3 medicamentos por dia e um quarto consome mesmo dez ou mais remédios diariamente, concluiu o Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (Cefar) num trabalho recentemente apresentado num congresso de Medicina Geral e Familiar” (Campos, 2009).

Foi, igualmente, encontrada uma grande variabilidade de medicamentos entre a amostra: 13 grupos farmacológicos, 34 subgrupos farmacológicos e 160 princípios ativos diferentes, segundo a classificação do prontuário terapêutico online do *Infarmed*.

Os grupos farmacológicos mais tomados pelos participantes no estudo são os anti-hipertensores, antilipídicos, anticoagulantes e antitrombóticos, antiácidos e anti-ulcerosos e os psicofármacos, o que vai ao encontro das doenças mais prevalentes neste estudo. Segundo o estudo de Garrido-Garrido et al. (2011), os fármacos mais prevalentes foram os anti-hipertensores, anti-ulcerosos, dislipídicos, os analgésicos e os ansiolíticos, semelhantes aos resultados obtidos neste estudo.

No estudo conduzido por Sousa et al. (2011) os medicamentos tomados correspondiam, na maioria dos casos, a anti-hipertensores (82%), o mesmo se verificou neste, os anti-hipertensores são os medicamentos mais utilizados (97%).

Referente aos princípios ativos, a sinvastatina, o ácido acetilsalicílico, o pantoprazol, o lisinopril, a amlodipina e a indapamida são os princípios ativos mais frequentes.

A toma de antiagregantes plaquetários, nomeadamente de ácido acetilsalicílico, promove a quebra da hemostasia, em casos particulares, em que o médico assistente não recomenda a suspensão deste tipo de medicação, os hemostáticos locais podem ser

utilizados para evitar a perda sanguínea excessiva com eficiência comprovada cientificamente (Alencar et al., 2011).

Alguns medicamentos como os antidepressivos tricíclicos (e.g. amitriptilina), os antipsicóticos (e.g. amisulprida) e os depressores da atividade adrenérgica (e.g. bisoprolol e nebivolol), encontrados na amostra do estudo, são responsáveis por xerostomia. A xerostomia é uma situação comum nos idosos, uma vez que, muitos pacientes geriátricos tomam, pelo menos, um medicamento que causa hipofunção salivar. É de destacar a xerostomia em idosos com hipertensão, perturbações depressivas ou problemas urinários (Petersen & Yamamoto, 2005).

É importante destacar ainda que, apesar de muitos participantes terem alegado sofrer de osteoporose (30%), 7% respondeu tomar medicamentos que atuam no osso e no metabolismo do cálcio ($n=2$ tomam denosumab) e nenhum respondeu tomar bifosfonatos. Apesar de nenhum dos participantes ter respondido tomar bifosfonatos é importante ressaltar que pacientes que os tomam são pacientes com risco de desenvolver osteonecrose dos maxilares e o médico dentista deve sublinhar a importância de uma boa higiene oral e apenas devem ser executados os procedimentos dentários estritamente necessários (Coelho, Gomes, & Fernandes, 2010).

Segundo os resultados obtidos por Barry, Gallagher, Ryan e O'Mahony (2007) no seu estudo, mais de metade dos pacientes geriátricos (57,9%) omitem pelo menos a toma de um medicamento prescrito e, segundo esses mesmos resultados, os medicamentos mais omitidos são as estatinas (26%), no tratamento de dislipidemia, a varfarina (9,5%), no tratamento de fibrilhação auricular, os antiagregantes plaquetários (7,3%), no tratamento das doenças arteriais e os suplementos de cálcio e vitamina D (6%), no tratamento da osteoporose.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número médio de medicamentos tomados e o género ($p=0,531$). Harugeri et al. (2010) também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no risco para a polimedicação.

Segundo Jyrkkä et al. (2009), a idade é descrita como um dos fatores de risco mais comuns para a polimedicação, no entanto neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a média de medicamentos tomados e a faixa etária ($p=0,727$).

Apesar de noutros estudos terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicamentos tomados e a escolaridade, neste estudo não houve significância ($p=0,072$) (Galato et al., 2010).

Tal como no estudo de Galato et al. (2010), também neste não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a média de medicamentos tomados e o estado civil ($p=0,078$) e entre a média de medicamentos tomados e o agregado familiar ($p=0,365$).

Não foram igualmente encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o agregado familiar e a toma de psicofármacos pelos participantes do estudo ($p=0,342$).

No grupo de idosos que compõe a amostra, apenas numa das comparações se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) (como já supracitado, entre o número médio de doenças presentes nos participantes do estudo e o género; as mulheres tomam, em média, mais medicamentos do que os homens), o que pode estar relacionado com o tamanho da amostra. Em alguns casos, não foi possível realizar comparações (e.g. entre o índice de massa corporal e a dislipidemia, entre o índice de massa corporal e a hipertensão arterial e entre a toma de psicofármacos e o estado civil) igualmente, pelo tamanho da amostra.

Ainda são poucos os estudos realizados em Portugal sobre as co-morbilidades e polimedicação em pacientes geriátricos e, na verdade, o presente estudo teria beneficiado de uma amostra de maior dimensão. Contudo, o recrutamento de pacientes, que pudessem ser incluídos nos critérios de inclusão estipulados, revelou-se a principal limitação deste trabalho. A maioria dos pacientes não tomava no mínimo 5 medicamentos e alguns dos pacientes geriátricos da *Clínica Universitária Egas Moniz* não sabiam o número ou o nome dos medicamentos que tomavam.

Face aos resultados encontrados, é oportuno aprofundar o conhecimento nesta área através da realização de estudos prospetivos e de qualidade, que visem problemas relacionados. Seria, então, oportuno a realização de um estudo sobre os medicamentos mais prescritos pelo médico dentista e a realização duma revisão das interações entre os medicamentos mais prescritos e os mais tomados (descritos neste estudo), uma vez que uma grande parte do trabalho realizado pelo médico dentista generalista passa pelo tratamento de pacientes geriátricos que, frequentemente, apresentam co-morbilidades e são polimedicados (Greenwood et al., 2010).

A promoção da saúde oral junto dos idosos é essencial e não deve ser vista apenas como uma questão estética, uma vez que uma má saúde oral no idoso (e em qualquer

faixa etária) pode causar dor e sofrimento, bem como dificuldades na fala, mastigação e deglutição, culminando na diminuição da sua qualidade de vida (Kandelman et al., 2008; Petersen, 2008).

Assim, não obstante todos os problemas relevantes na população idosa, normalmente considerados prioritários, às questões da saúde oral, estejam ou não diretamente relacionados com as limitações a nível físico, cognitivo ou funcional, deve ser dada importância paralela, uma vez que podem afetar igualmente as suas funções vitais (Kandelman et al., 2008).

Na verdade, há condições na saúde geral dos idosos que podem influenciar a saúde oral. A presença de doenças sistémicas e de medicações, frequentes entre idosos, além da possível coexistência de vários fatores de risco, contribuem de forma significativa para o desenvolvimento das patologias orais. Também a diminuição da capacidade visual, a demência, a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson são condições crónicas, nas quais a diminuição na destreza manual contribui, conseqüentemente, para a debilidade oral. Sal guarde-se, no entanto, que essa suscetibilidade à patologia oral pode ser idêntica à de outros idosos não afetados por estas condições crónicas. Assim, a capacidade de manutenção da saúde oral e o reconhecimento de sinais patológicos (e.g. cáries dentárias ou hemorragia gengival) podem ser determinantes (Kandelman et al., 2008).

O idoso que recorre a consultas de medicina dentária da *Clínica Universitária Egas Moniz* é, no geral, um idoso frágil, com limitações e múltiplos problemas de saúde, constituindo um desafio particular. Muitas vezes, pela expectativa de esperança de vida curta (é de salientar que a esperança média de vida de um indivíduo com 80 anos é de 8-9 anos), os profissionais de saúde assumem, erradamente, que os idosos apresentam limitações para determinados tratamentos médico-dentários ou que se deve dar prioridade aos mais novos, submetendo o paciente geriátrico a longas listas de espera (Greenwood et al., 2010).

De forma a permitir um envelhecimento saudável, o médico dentista tem uma responsabilidade acrescida na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doenças orais em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos que possam aumentar a morbilidade e a mortalidade (e.g. a taxa de mortalidade por cancro oral é muito alta, mas quando é detetado precocemente é curável e em idosos é 7 vezes mais provável de ser diagnosticado) e, como consequência da heterogeneidade da população idosa, a melhoria da saúde oral deve ser prestada de acordo com a diversidade das necessidades exigidas.

É de salientar que os idosos são muito medicados e que, segundo este estudo, as mulheres têm mais doenças (Kandelman et al., 2008; Petersen & Yamamoto, 2005).

Verifica-se, igualmente, que a associação entre a saúde oral e a saúde geral, sobretudo relevante em idosos, pode ser devida, em certas situações, à partilha de fatores de risco comuns. Este problema pode ser agravado pela toma de múltiplos medicamentos utilizados no tratamento de doenças sistémicas. Por outro lado, as doenças orais no idoso são doenças que condicionam muito a qualidade de vida e que podem levar ao aparecimento de outras doenças gerais (Kandelman et al., 2008; Petersen & Yamamoto, 2005).

A elevada prevalência de idosos polimedicados pode complicar ainda mais o impacto quer na saúde oral quer na prestação dos respetivos cuidados, podendo uma abordagem global fazer toda a diferença no tratamento ao idoso (Kossioni & Dantas, 2007; Petersen & Yamamoto, 2005).

Sendo a polimedicação e a presença de co-morbididades um problema muito frequente e grave entre os idosos - na consulta de medicina dentária são pacientes que apresentam risco acrescido de efeitos não desejados – é essencial realizar uma história clínica completa e documentar todas as condições médicas conhecidas antes de proceder a qualquer tratamento (Greenwood et al., 2010).

O paciente geriátrico necessita de um tratamento individualizado, em que o seu historial médico tem de ser tido em consideração. O primeiro contacto com o paciente geriátrico requer, do médico dentista, cuidados especiais, nomeadamente a realização de uma história clínica detalhada e multidisciplinar envolvendo os restantes médicos do idoso sempre que necessário (Alencar et al., 2011; Petersen & Yamamoto, 2005). Assim, a relação entre médico generalista e médico dentista é de extrema importância, uma vez que a saúde geral e a saúde oral estão intimamente relacionadas e as doenças sistémicas e os efeitos adversos da medicação aumentam o risco de má saúde oral (e.g. xerostomia, diabetes *mellitus*) (Petersen & Yamamoto, 2005). Uma boa comunicação entre este binómio é determinante, já que nem sempre o idoso será capaz de informar o médico dentista sobre todas as suas situações médicas (e.g. saber dizer ao médico dentista se está ou não com a diabetes controlada) e essas informações são relevantes e podem influenciar no tratamento, numa primeira fase, e a uma vida com qualidade (Kossioni & Dantas, 2007; Petersen & Yamamoto, 2005).

A saúde oral é, pois, uma parte fundamental da saúde geral e constitui um fator determinante da qualidade de vida (Kandelman et al., 2008; Petersen, 2008).

V – CONCLUSÕES

Após a análise dos resultados obtidos, foi possível extrair as seguintes conclusões:

- a população geriátrica polimedicada que frequenta a *Clínica Universitária Egas Moniz* pertence maioritariamente ao sexo feminino, é casada, vive com companhia, é reformada e tem o ensino básico;
- a maioria sofre de excesso de peso ou de obesidade;
- apresenta múltiplas doenças crónicas com especial destaque para a hipertensão arterial, a dislipidemia, a artrite e/ou artrose, as perturbações depressivas e/ou ansiosas e a diabetes mellitus, e o número médio de doenças é $6,2 \pm 2$;
- em média, os pacientes polimedicados da *Clínica Universitária Egas Moniz* tomam 7 ± 2 medicamentos, os grupos farmacológicos mais tomados são os anti-hipertensores, antidislipidémicos, anticoagulantes e antitrombóticos, antiácidos e anti-ulcerosos e os psicofármacos, o que vai ao encontro das doenças mais prevalentes, e os princípios ativos mais frequentes são a sinvastatina, o ácido acetilsalicílico, o pantoprazol, o lisinopril, a amlodipina e a indapamida;
- Os anti-hipertensores são o grupo terapêutico mais utilizado, em concordância com a doença mais frequente, a hipertensão arterial;
- foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número médio de doenças presentes nos participantes do estudo e o género ($p=0,035$); as mulheres sofrem, em média, de mais doenças do que os homens;
- o consumo crónico de medicamentos em pacientes geriátricos tem uma magnitude muito considerável. A polimedicação é um problema frequente e grave e a monitorização da utilização de medicamentos pelo paciente geriátrico é de extrema importância na consulta de medicina dentária.
- face aos resultados encontrados, é oportuno aprofundar o conhecimento nesta área através da realização de estudos prospetivos e de qualidade, que visem problemas relacionados;
- um estudo semelhante a este, mas com uma amostra maior, poderia revelar outro tipo de conclusões ou corroborar este;
- a realização de um estudo sobre os medicamentos mais prescritos pelo médico dentista e a realização duma revisão das interações entre os medicamentos mais

prescritos e os mais tomados (descritos neste estudo), seria, igualmente, oportuno e interessante.

VI – BIBLIOGRAFIA

- Alencar, C. R. B. De, Andrade, F. J. P. De, & Catão, M. H. C. D. V. (2011). Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. *RSBO*, 8(2), 200–210.
- Ayala, A. G. (2005). Grandes síndromes geriátricas. *Espacio de Salud*, 19(6), 70.
- Barry, P. J., Gallagher, P., Ryan, C., & O'mahony, D. (2007). START (screening tool to alert doctors to the right treatment) - an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age and Ageing*, 36(6), 632–638.
- Barzilai, N., Huffman, D. M., Muzumdar, R. H., & Bartke, A. (2012). The critical role of metabolic pathways in aging. *Perspectives in Diabetes*, 61(June), 1315–1322.
- Brianezzi, L. F. de F., Al-Ahj, L. P., Prestes, L. A., Andreatta, L. M., Vasconcelos, L. R. M., Marsicano, J. A., ... Peres, S. H. de C. S. (2013). Impacto da obesidade na saúde bucal: revisão de literatura. *RFO, Passo Fundo*, 18(2), 211–216.
- Campos, A. (2009). Idosos tomam mais de sete medicamentos por dia, em média. *www.público.pt*. Retrieved from <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/idosos-tomam-mais-de-sete-medicamentos-por-dia-em-media-1376559>
- Cassolato, S. F., & Turnbull, R. S. (2003). Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology*, 20(2), 64–77.
- Coelho, A. I., Gomes, P. de S., & Fernandes, M. H. (2010). Osteonecrose dos maxilares associada ao uso de bifosfonatos. Parte II: linhas de orientação na consulta de medicina dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 51(3), 185–191.
- Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H., & Campos, J. C. R. (2011). As doenças orais no idoso – considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 53(3), 175–180.
- Direção Geral de Saúde. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*.
- Direção-Geral de Saúde. (2014). *Alimentação saudável em números – 2014: Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável*.
- Fillenbaum, G. G., Pieper, C. F., Cohen, H. J., Cornoni-Huntley, J. C., & Guralnik, J. M.

- (2000). Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: Determinants and impact on mortality. *Journals of Gerontology and Medical Sciences*, 55A(2), M84–M89.
- Fulton, M. M., & Allen, E. R. (2005). Polypharmacy in the elderly: a literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(4), 123–132.
- Galato, D., da Silva, E. S., & Tiburcio, L. de S. (2010). Study of the use of medicine in elderly living in a city in the South of Santa Catarina (Brazil): a look at the polymedication. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2899–2905.
- Garrido-Garrido, E. M., García-Garrido, I., García-López-Durán, J. C., García-Jiménez, F., Ortega-López, I., & Bueno-Cavanillas, A. (2011). Estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(2), 90–96.
- Gellman, M. D., & Turner, J. R. (2013). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. (M. D. Gellman & J. R. Turner, Eds.). Springer.
- Greenwood, M., Jay, R. H., & Meechan, J. G. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 1 – the older patient. *British Dental Journal*, 208(8), 339–342.
- Harugeri, A., Joseph, J., Parthasarathi, G., Ramesh, M., & Guido, S. (2010). Prescribing patterns and predictors of high-level polypharmacy in the elderly population: A prospective surveillance study from two teaching hospitals in india. *American Journal Geriatric Pharmacotherapy*, 8(3), 271–280.
- Hofman, A., Grobbee, D. E., Jong, P. T. V. M. De, & Ouweland, F. A. Van Den. (1995). Determinants Of Disease And Disability In The Elderly: The Rotterdam Elderly Study. *European Journal of Epidemiology*, 7(4), 403–422.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. In *Destaque: Informação à comunicação social* (pp. 1–8). Retrieved from www.ine.pt
- Jyrkkä, J., Enlund, H., Korhonen, M., Sulkava, R., & Hartikainen, S. (2009). Patterns of drug use and factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in elderly persons. *Drugs & Aging*, 26(6), 493–503.

- Kandelman, D., Petersen, P., & Ueda, H. (2008). Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care Dentistry Association*, 28(6), 224–36.
- Kossioni, A. E., & Dontas, A. S. (2007). The stomatognathic system in the elderly. Useful information for the medical practitioner. *Dove Medical Press Limited*, 2(4), 591–597.
- Mangoni, A. A., & Jackson, S. H. D. (2003). Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics : basic principles and practical applications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1(57), 6–14.
- Milton, J. C., Hill-smith, I., & Jackson, S. H. D. (2008). Prescribing for older people. *British Dental Journal*, 336(September), 606–609.
- Nobili, A., Garattini, S., & Mannucci, P. (2011). Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *Journal of Comorbidity*, 1(1), 28–44.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde* (Vol. 1).
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of “elderly”. *Japan Geriatrics Society*, 149–158.
- Oscanoa, T. J. (2013). Uso seguro de los medicamentos en adultos mayores: Una lista de chequeo. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(2), 320–325.
- Pérez Fuentes, M. . F., Castillo Castillo, R., Rodríguez Toquero, J., Martos López, E., & Morales Mañero, A. (2002). Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedicada. *Medicina de Familia (And)*, 3(1), 23–28.
- Petersen, P. E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*, 58(3), 115 – 121.
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(2), 81–92.
- Rollason, V., & Vogt, N. (2003). Reduction of polypharmacy in the elderly: a systemic review of the role of the pharmacist. *Drugs & Aging*, (20), 817–832.

- Ruberu, R. P., & Fitzgerald, S. P. (2012). Clinical Practice Guidelines for Chronic Diseases-Understanding and Managing Their Contribution to Polypharmacy. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 187–198.
- Scott, I. A., Hilmer, S. N., Reeve, E., Potter, K., Le Couteur, D., Rigby, D., ... Martin, J. H. (2015). Reducing inappropriate polypharmacy - the process of deprescribing. *The Journal of the American Medical Association*, 175(5), 827–834.
- Scully, C., & Ettinger, R. L. (2007). The Influence of Systemic Diseases on Oral Health Care in Older Adults. *The Journal of the American Dental Association*, 138, S7–S14.
- Sergi, G., Rui, M. De, Sarti, S., & Manzato, E. (2011). Polypharmacy in the elderly. *Drugs & Aging*, 28(7), 509–518.
- Sousa, S., Pires, A., Conceição, C., Nascimento, T., Grenha, A., & Braz, L. (2011). Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 176–182.
- United Nations. (2013). *World Population Ageing 2013*.
- Valderrama, E., Rodriguez, F., Palacios, A., Gabarre, P., & Pérez, J. (1998). Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Revi Esp Salud Pública*, 72(3), 209–219.
- Veehof, L., Stewart, R., Haaijer-Ruskamp, F., & Jong, B. M. (2000). The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Family Practice*, 17(3), 261–267.
- Veríssimo, M. T. (2014). *Geriatrics Fundamental – Saber e Praticar*. Lisboa: Lidel.
- Vogt-Ferrier, N. (2011). Older patients, multiple comorbidities, polymedication... should we treat everything? *European Geriatric Medicine*, 2(1), 48–51.
- Walckiers, D., Van der Heyden, J., & Tafforeau, J. (2015). Factors associated with excessive polypharmacy in older people. *Archives of Public Health*, 73(50), 1–12.
- World Health Organization. (2015). *World Health Statistics 2015*. Geneva, Switzerland.
- Zamorano, J. D. P., Macías, M. . L. C., García, J. M. . L., Mota, S. P., Belda, M. S., & Gómez, N. D. (1999). Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. *Rev Esp Salud Pública*, 73(6), 677–686.

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização da *Clínica Universitária Egas Moniz*



Autorização para realização de trabalho de projeto final do Mestrado Integrado de Medicina Dentária na Clínica Dentária Universitária Egas Moniz

Código | IMP.CDEM.05_00

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE: Maria Soares Bueno

TÍTULO DO TRABALHO: “A polimedicação em pacientes geriátricos na consulta de medicina dentária da Clínica Universitária Egas Moniz”.

Excelentíssima Professora Doutora Fernanda de Mesquita – Presidente da Comissão de Ética,

O(a) aluno(a) Maria Soares Bueno pode utilizar a Clínica Dentária Universitária Egas Moniz (CDUEM), para realização da investigação “A polimedicação em pacientes geriátricos na consulta de medicina dentária da Clínica Universitária Egas Moniz”.

Aguardo a aprovação da Comissão Científica e da Comissão de Ética, para cedência das instalações e dos doentes da clínica de acordo com o normal funcionamento da Clínica.

Atenciosamente, com os melhores cumprimentos

Monte da Caparica, 4 de Dezembro de 2015

Direção Clínica

Anexo 2 – Aprovação da Comissão de Ética



Ex.ma Senhora
Maria Soares Bueno


Monte de Caparica, 5 de janeiro de 2016.

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado "A polimedicação em pacientes geriátricos na consulta de Medicina Dentária da Clínica Universitária Egas Moniz", foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof^a. Doutora Maria  Fernanda de Mesquita

Anexo 3 – Consentimento Informado



EGAS MONIZ

Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Monte de Caparica, ____ de _____ de 2016

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação do Professor Doutor José Martins dos Santos e coorientação do Prof. Doutor Vítor Tavares, solicita-se autorização para a participação no “A polimedicação em pacientes geriátricos na consulta de medicina dentária da Clínica Universitária Egas Moniz” a pacientes com 65 anos ou mais que compareçam a consultas na Clínica Universitária Egas Moniz com o objetivo de registar os medicamentos tomados pelo paciente geriátrico e identificar as doenças relacionadas com a medicação.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios ao progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexo 4 – Questionário

**A POLIMEDICAÇÃO EM PACIENTES GERIÁTRICOS NA CONSULTA DE
MEDICINA DENTÁRIA DA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ**

A. Sexo

- ☐ Feminino
☐ Masculino

B. Data de nascimento

DD / MM / AA _____ anos

C. Índice de Massa Corporal (IMC)

Altura: _____ cm

Peso: _____ Kg

IMC: _____

D. Escolaridade

- ☐ Ensino Básico
☐ Ensino Secundário
☐ Ensino Superior
☐ Nenhum nível de ensino

E. Profissão

- ☐ Empregado(a)
☐ Desempregado(a)
☐ Reformado(a)
☐ Doméstico(a)
☐ Outra situação

F. Estado civil

- ☐ Solteiro(a)
☐ Casado(a)
☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo(a)
☐ Outra situação

G. Agregado familiar

- ☐ Vive só
- ☐ Vive com companhia
- ☐ Residência Sênior/ Instituição
- ☐ Outra situação

H. Caracteriza a sua saúde como sendo:

- ☐ Muito Boa
- ☐ Boa
- ☐ Razoável
- ☐ Fraca

I. Alguma vez lhe foi dito que sofria de:

Doenças Cardiovasculares

- ☐ Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- ☐ Doença Coronária
- ☐ Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)
- ☐ Fibrilhação Auricular (FA)
- ☐ Hipertensão Arterial (HTA)
- ☐ Outra. Qual? _____

Doenças Gastrointestinais

- ☐ Refluxo Gastroesofágico
- ☐ Úlcera Péptica
- ☐ Outra. Qual? _____

Doenças Geniturinárias

- ☐ Hipertrofia Benigna da Próstata
- ☐ Insuficiência Renal Crónica
- ☐ Outra. Qual? _____

Doenças Metabólicas/Endócrinas

- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Dislipidemia
- ☐ Hiperuricemia
- ☐ Hipotireoidismo
- ☐ Outra. Qual? _____

Doenças Músculoesqueléticas

- ☐ Artrite/ Artrose
- ☐ Osteoporose
- ☐ Outra. Qual? _____

Doenças Neurológicas/ Psicológicas

- ☐ Demência
- ☐ Doença de Parkinson
- ☐ Perturbações depressivas/ ansiosas
- ☐ Perturbações do sono
- ☐ Outra. Qual? _____

Doenças Respiratórias

- ☐ Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- ☐ Outra. Qual? _____

Outra ☐ Qual? _____

J. Número de medicamentos que toma:

_____ medicamentos

K. Medicação

1	Nome comercial	
	Princípio ativo e dosagem	
	Quando toma?	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pequeno-almoço <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Deitar <input type="checkbox"/> Outro
	Há quanto tempo toma?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 mês <input type="checkbox"/> > 1 mês - < 6 meses <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses
	Para que o toma?	
	Já sentiu efeito(s) secundário(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual/quais?

2	Nome comercial	
	Princípio ativo e dosagem	
	Quando toma?	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pequeno almoço <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Deitar <input type="checkbox"/> Outro
	Há quanto tempo toma?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 mês <input type="checkbox"/> > 1 mês - < 6 meses <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses
	Para que o toma?	
	Já sentiu efeito(s) secundário(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual/quais?

3	Nome comercial	
	Princípio ativo e dosagem	
	Quando toma?	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pequeno almoço <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Deitar <input type="checkbox"/> Outro
	Há quanto tempo toma?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 mês <input type="checkbox"/> > 1 mês - < 6 meses <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses
	Para que o toma?	
	Já sentiu efeito(s) secundário(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual/quais?

4	Nome comercial	
	Princípio ativo e dosagem	
	Quando toma?	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pequeno almoço <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Deitar <input type="checkbox"/> Outro
	Há quanto tempo toma?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 mês <input type="checkbox"/> > 1 mês - < 6 meses <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses
	Para que o toma?	
	Já sentiu efeito(s) secundário(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual/quais?

5	Nome comercial	
	Princípio ativo e dosagem	
	Quando toma?	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pequeno almoço <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Deitar <input type="checkbox"/> Outro
	Há quanto tempo toma?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 mês <input type="checkbox"/> > 1 mês - < 6 meses <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses
	Para que o toma?	
	Já sentiu efeito(s) secundário(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual/quais?

6	Nome comercial	
	Princípio ativo e dosagem	
	Quando toma?	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pequeno almoço <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Deitar <input type="checkbox"/> Outro
	Há quanto tempo toma?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 mês <input type="checkbox"/> > 1 mês - < 6 meses <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses
	Para que o toma?	
	Já sentiu efeito(s) secundário(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual/quais?

7	Nome comercial	
	Princípio ativo e dosagem	
	Quando toma?	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pequeno almoço <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Deitar <input type="checkbox"/> Outro
	Há quanto tempo toma?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 mês <input type="checkbox"/> > 1 mês - < 6 meses <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses
	Para que o toma?	
	Já sentiu efeito(s) secundário(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual/quais?

8	Nome comercial	
	Princípio ativo e dosagem	
	Quando toma?	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pequeno almoço <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Deitar <input type="checkbox"/> Outro
	Há quanto tempo toma?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 mês <input type="checkbox"/> > 1 mês - < 6 meses <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses
	Para que o toma?	
	Já sentiu efeito(s) secundário(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual/quais?

9	Nome comercial	
	Princípio ativo e dosagem	
	Quando toma?	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pequeno almoço <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Deitar <input type="checkbox"/> Outro
	Há quanto tempo toma?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 mês <input type="checkbox"/> > 1 mês - < 6 meses <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses
	Para que o toma?	
	Já sentiu efeito(s) secundário(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual/quais?

10	Nome comercial	
	Princípio ativo e dosagem	
	Quando toma?	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pequeno almoço <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Deitar <input type="checkbox"/> Outro
	Há quanto tempo toma?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 mês <input type="checkbox"/> > 1 mês - < 6 meses <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses
	Para que o toma?	
	Já sentiu efeito(s) secundário(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual/quais?

11	Nome comercial	
	Princípio ativo e dosagem	
	Quando toma?	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pequeno almoço <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Deitar <input type="checkbox"/> Outro
	Há quanto tempo toma?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 mês <input type="checkbox"/> > 1 mês - < 6 meses <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses
	Para que o toma?	
	Já sentiu efeito(s) secundário(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual/quais?

Anexo 5 – Princípios ativos encontrados com menor frequência (n≤4)

Principio ativo	(n)	Principio ativo	(n)
<i>Alopurinol</i>	4	<i>Lorazepam</i>	2
<i>Atorvastatina</i>	4	<i>Metformina + Sitagliptina</i>	2
<i>Clopidogrel</i>	4	<i>Mononitrato de isossorbida</i>	2
<i>Colecalciferol + Carbonato de cálcio</i>	4	<i>Montelucaste</i>	2
<i>Espironolactona</i>	4	<i>Pentoxifilina</i>	2
<i>Glucosamina</i>	4	<i>Primidona</i>	2
<i>Losartan</i>	4	<i>Ranitidina</i>	2
<i>Pregabalina</i>	4	<i>Silodosina</i>	2
<i>Carvedilol</i>	3	<i>Tapentadol</i>	2
<i>Clonazepam</i>	3	<i>Tramadol</i>	2
<i>Dabigatrano exetilato</i>	3	<i>Trimetazidina</i>	2
<i>Diltiazem</i>	3	<i>Venlafaxina</i>	2
<i>Enalapril</i>	3	<i>Vit. E + Vit. B12</i>	2
<i>Gabapentina</i>	3	<i>Zolpidem</i>	2
<i>Hidroclorotiazida + Telmisartan</i>	3	<i>Abacavir + Lamivudina</i>	1
<i>Lansoprazol</i>	3	<i>Acetilsalicilato de lisina</i>	1
<i>Levotiroxina</i>	3	<i>Ácido ursodesoxicólico</i>	1
<i>Naproxeno</i>	3	<i>Ácido valpróico</i>	1
<i>Nitroglicerina</i>	3	<i>Alfuzosina</i>	1
<i>Perindopril</i>	3	<i>Amieiro Negro + Bassorina</i>	1
<i>Pravastatina</i>	3	<i>Amissulprida</i>	1
<i>Ramipril</i>	3	<i>Amitriptilina</i>	1
<i>Trazodona</i>	3	<i>Amlodipina + Lisinopril</i>	1
<i>Varfarina</i>	3	<i>Anastrazol</i>	1
<i>Acenocumarol</i>	2	<i>Aspartato de magnésio</i>	1
<i>Aminofilina</i>	2	<i>Atenolol</i>	1
<i>Amiodarona</i>	2	<i>Baclofeno</i>	1
<i>Amlodipina + Valsartan</i>	2	<i>Bilastina</i>	1
<i>Bromazepam</i>	2	<i>Brometo de glicopirrônio + Indacaterol</i>	1
<i>Denosumab</i>	2	<i>Brometo de otilônio</i>	1
<i>Diazepam</i>	2	<i>Brometo de tiotrópio</i>	1
<i>Digoxina</i>	2	<i>Brotizolam</i>	1
<i>Fenofibrato</i>	2	<i>Budesonida</i>	1
<i>Hidroclorotiazida + Amilorida</i>	2	<i>Budesonida + Formoterol</i>	1
<i>Idebenona</i>	2	<i>Bupropiom</i>	1
<i>Indapamida + Perindopril</i>	2	<i>Carbamazepina</i>	1
<i>Irbesartan</i>	2	<i>Carbidopa + Levodopa</i>	1
<i>Liraglutido</i>	2	<i>Carbotano de cálcio + Vit. D3</i>	1

Principio ativo	(n)	Principio ativo	(n)
<i>Ciclobenzaprina</i>	1	<i>Medoxomilo + Hidroclorotiazida</i>	1
<i>Citalopram</i>	1	<i>Memantina</i>	1
<i>Cloreto de tróspio</i>	1	<i>Metamizol</i>	1
<i>Cloridrato de bupropiona</i>	1	<i>Metildopa</i>	1
<i>Cloxacolam</i>	1	<i>Metolazona</i>	1
<i>Colecalciferol</i>	1	<i>Mexazolam</i>	1
<i>Diclofenac</i>	1	<i>Nevirapina</i>	1
<i>Dinitrato de isossorbida</i>	1	<i>Nicergolina</i>	1
<i>Domperidona</i>	1	<i>Nifedipina</i>	1
<i>Donepezilo</i>	1	<i>Nimesulida</i>	1
<i>Dutasterida</i>	1	<i>Nitrofurantoína</i>	1
<i>Enalapril + Lercanidipina</i>	1	<i>Olmesartan medoxomil</i>	1
<i>Eprosartan</i>	1	<i>Paracetamol + Tiocolquicosido</i>	1
<i>Estazolam</i>	1	<i>Paracetamol</i>	1
<i>Etoricoxib</i>	1	<i>Paroxetina</i>	1
<i>Ezetimiba</i>	1	<i>Pitavastatina</i>	1
<i>Fluoxetina</i>	1	<i>Polisulfato sódico de pentosano</i>	1
<i>Fluticasona</i>	1	<i>Rabeprazol</i>	1
<i>Formoterol</i>	1	<i>Risperidona</i>	1
<i>Gemfibrozil</i>	1	<i>Sinvastatina + Ezetimiba</i>	1
<i>Glimepirida</i>	1	<i>Sitagliptina</i>	1
<i>Glucobay</i>	1	<i>Sulfato Ferroso</i>	1
<i>Hialuronato de sódio</i>	1	<i>Sulodexida</i>	1
<i>Hidroclorotiazida + Irbesartan</i>	1	<i>Tansulosina</i>	1
<i>Hidroclorotiazida + Lisinopril</i>	1	<i>Tiocolquicosido</i>	1
<i>Hidroclorotiazida + Losartan</i>	1	<i>Torasemida</i>	1
<i>Hidroxicloroquina</i>	1	<i>Trandolapril</i>	1
<i>Ivabradina</i>	1	<i>Triflusal</i>	1
<i>Letrozol</i>	1	<i>Valsartan</i>	1
<i>Levetiracetam</i>	1	<i>Vildagliptina</i>	1
<i>Lisado polibacteriano</i>	1	<i>Zafirlucaste</i>	1
<i>Loflazepato de etilo</i>	1		